



Maria Helena Quinta **Adultos Jovens**
Guerreiro **Desempregados e Saúde**
Mental

Intervenção em Saúde Mental

Relatório do Trabalho de Projeto em
Enfermagem

Apresentado para cumprimento dos requisitos
necessários à obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica,
realizada sob a orientação científica do
Professor Doutor Joaquim Lopes

Dezembro 2014

Agradecimentos

Agradeço primeiramente ao professor orientador, Prof. Doutor Joaquim Lopes pela disponibilidade, e paciência que demonstrou e pela motivação que soube transmitir ao longo da elaboração do trabalho e dos estágios que decorreram.

Agradeço à instituição, na pessoa da Enf.^a Chefe Natália Pereira, que permitiu e que me proporcionou momentos de aprendizagem ricos e preciosos para o desenvolvimento deste relatório.

Agradeço aos meus **pais, aos meus irmãos** e amigos pela paciência, apoio, ajuda e compreensão que nos souberam dar durante o tempo em que a nossa presença na vida deles foi escassa.

Á **minha filha**, por todos os momentos em que não estive presente, pelo seu apoio, carinho, paciência e motivação que me deu nas horas mais difíceis.

Á Gisela Lopes, Gonçalo Cardoso e Nuno Perdigão que sem o seu contributo, sem o seu apoio, não teria chegado ao fim.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para que a realização do presente relatório fosse possível e que não se encontram aqui descritas.

OBRIGADO !!!

“E quando a tempestade tiver passado, mal te lembrarás de ter conseguido atravessá-la, de ter conseguido sobreviver. Nem sequer terás a certeza de a tormenta ter realmente chegado ao fim. Mas uma coisa é certa. Quando saíres da tempestade já não serás a mesma pessoa. Só assim as tempestades fazem sentido.”

Haruki Murakami

Resumo

A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental.

Como Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, é-me pedido enquanto profissional competente a compreensão dos processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais.

Após análise das necessidades da comunidade, verificou-se que a recuperação (*recovery*) pessoal, feita através do aconselhamento, com o objetivo de desenvolver a resiliência da pessoa seria uma mais-valia, quando aplicado a pessoas com perturbações de ansiedade e depressão, sendo estas perturbações mentais, que provocam a curto prazo graves problemas com consequências por vezes irreversíveis.

O objetivo da consulta é direcionado para o desemprego jovem e as repercussões na saúde mental dos mesmos. O desemprego afeta, não só o desempregado propriamente dito, mas todo o seu agregado familiar e, em geral, toda uma comunidade.

Feito o desenho da consulta, iniciou-se a mesma com 5 pessoas, a população alvo são clientes maiores de 16 anos, que realizem pedido de ajuda por perturbação da ansiedade e depressão, utilizando-se técnicas psicoterapêuticas.

Quando realizada a avaliação, da consulta, os resultados justificam a implementação da consulta em enfermagem saúde mental e psiquiatria, tendo-se concluído que os clientes se encontram muito satisfeitos com a mesma, verificou-se ainda remissão da sintomatologia na quase sua totalidade, em que 3 dos clientes (únicos a fazer medicação), deixaram de ter necessidade de tomar medicação. Verificou-se também que a consulta seria para manter uma vez que os custos-benefícios são benéficos e bastante positivos.

Palavras-chave: *Ansiedade, Consulta, Depressão, Desemprego jovem, Enfermagem, Resiliência, Saúde Mental*

ABSTRACT

In the Mental Health and Psychiatry Nursing Master Degree scope, it was considered relevant the development of a serving project, the Health Care and Psychiatry Nursing Consult. This consult comes associated with which is defined as one of European Union established priorities for the communitarian mental health services whose will have in consideration the great human rights importance, in politics development and its practices for a good recovery and need to promote clients and families organizations participation.

The Mental Health and Psychiatry Nursing is focused in mental health fomentation, prevention, diagnostic and intervention for maladjusted or maladapted people to the transition processes, suffering producers, changes or mental illness.

As Mental Health and Psychiatry Nurse, is being asked myself as qualified professional, the suffering processes, mental illness and changes comprehension of the client such as all implications of his life project, the recovering potential and the way that mental health is affected by contextual agents.

After community needs analysis, it was confirmed that personal recovery being made through counseling, with the objective to develop the person's resilience would be an asset, when applied to people with anxiety and depression disturbances, these ones being mental; whose provoke several problems with irreversible change on short term.

The consultation objective is directed to youth unemployment and the impact on the mental health of the same. Unemployment affects not only the unemployed itself, but all his household and, in general, an entire community.

Finished the consult, which started with five people, the target population are above 16 years old clients that have done a request for help for anxiety disorder and depression, being applied psicoterapeutical technics.

Being accomplished the consult evaluation, the consult implementation is justified by the results, after being conclude that clients are satisfied with the consult such as the symptomatology remission on the almost totality, on which three of the clients (unique being medicated) will quit the need to take medication. It was also verified that the consult would still exist since that costs-benefits are beneficial and quite positive.

Keywords: *Anxiety, Consultation, Depression, Youth Unemployment, Nursing, Resilience, Mental Health*

Lista de Siglas e Abreviaturas

ARSA - Administração Regional de Saúde Alentejo

ESS - Escola Superior de Saúde

ESMP - Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria

EESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria

ESM - Enfermagem Saúde Mental

INE – Instituto Português de Estatística

IPS - Instituto Politécnico de Setúbal

OE - Ordem dos Enfermeiros

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAC - Projeto de Aprendizagem Clínica

PIS - Projeto de Intervenção no Serviço

UC - Unidade Curricular

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados Personalizados

UE – União Europeia

Índice

0 – Introdução _____	15
PARTE 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO _____	19
1 - Local de Estágio _____	19
2 - Problemática _____	19
3 - Enquadramento Teórico _____	21
3.1 – O Fenómeno do Desemprego _____	21
3.1.2 – O Desemprego Jovem _____	22
3.2 – O Desemprego e a Saúde Mental _____	24
3.2.1 – Ansiedade e Depressão _____	26
4 - Metodologia de Projeto _____	30
4.1 – Diagnóstico de Situação _____	30
4.2 – Planeamento _____	32
4.2.1 - Finalidade e Objetivo _____	33
4.2.2 – Fundamentação das escolhas teóricas e técnicas da Consulta de Enfermagem de Saúde Mental _____	34
4.2.3 - Atividades e Indicadores de Avaliação _____	47
4.2.4 - Aspetos Éticos _____	48
4.3 – Intervenção _____	49
4.4 – Avaliação _____	50
4.5 – Divulgação de Resultados _____	65
 PARTE 2 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS _____	 67
1 – Como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica _____	71
2 – Como Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria _____	78
CONCLUSÃO _____	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFIAS _____	87
 APÊNDICES _____	 95

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Desemprego segundo o género _____	30
GRÁFICO 2 – Tempo de inscrição e natureza do emprego _____	31
GRÁFICO 3 – Nível escolar _____	31
GRÁFICO 4 – Nº de Inscritos/ Ofertas / Colocação _____	31
GRÁFICO 5 - Satisfação Global por Dimensões _____	54
GRÁFICO 6 - Resultado Percentual da Proposição Pontualidade Assiduidade da Enfermeira _____	55
GRÁFICO 7 - Resultado Percentual da Proposição Informações Fornecidas no 1º Contato entre Enfermeira-Cliente _____	55
GRÁFICO 8 - Resultado Percentual da Proposição Condições gerais do gabinete (aspeto, conforto, privacidade) _____	56
GRÁFICO 9 - Resultado Percentual Global da Dimensão Estrutura _____	56
GRÁFICO 10 - Resultado Percentual da Proposição Apoio dado pela Enfermeira _____	57
GRÁFICO 11 - Resultado Percentual da Proposição Compreensão demonstrada pela Enfermeira sobre as suas preocupações _____	58
GRÁFICO 12 - Resultado Percentual da Proposição Interesse demonstrado pela Enfermeira relativamente aos seus problemas _____	58
GRÁFICO 13 - Resultado Percentual da Proposição Linguagem utilizada pela Enfermeira _____	59
GRÁFICO 14 – Resultado Percentual da Proposição Intervenções e Estratégias adotadas pela Enfermeira _____	59
GRÁFICO 15 - Resultado Percentual da Proposição Competência e Preparação da Enfermeira _____	60
GRÁFICO 16 - Resultado Percentual Global da Dimensão Processo _____	60
GRÁFICO 17 - Resultado Percentual da Proposição Resolução dos problemas, que o levou a procura ajuda _____	61
GRÁFICO 18 - Resultado Percentual da Proposição Outros problemas que surgiram no decorrer do processo _____	62

GRÁFICO19- Resultado Percentual da Proposição as Mudanças na sua vida, influenciada (s) pela (s) consulta (s) de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica _____	62
GRÁFICO 20 - Resultado Percentual da Proposição Progressos sentidos ao longo do processo _____	62
GRÁFICO 21 - Resultado Percentual da Proposição Influencia da consulta na forma de lidar com os problemas e as preocupações do dia-a-dia _____	63
GRÁFICO 22 - Resultado Percentual Global da Dimensão Resultado _____	64
GRÁFICO 23 - Resultado Percentual da Recomendação da Consulta _____	64

INTRODUÇÃO

O presente documento, de índole académica, surge no âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria, lecionado na Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS). Este documento destina-se à discussão em provas públicas para a aquisição do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Tem como objetivos:

- Relatar o Projeto de Intervenção em Serviço que decorreu em contexto de estágio num ACES do Alto Alentejo;
- Analisar a aquisição das competências de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Para dar resposta aos objetivos acima referidos, este documento encontra-se organizado em duas partes:

Parte 1 – Projeto de Intervenção em Serviço, na qual se apresenta a Problemática, a Caracterização do Local de Estágio, o Enquadramento Teórico e a Metodologia utilizada (Metodologia de Projeto), nas suas etapas de Diagnóstico de Situação, Planeamento, Intervenção, Avaliação e Divulgação de Resultados.

Parte 2 – Desenvolvimento de competências de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, na qual fazemos uma análise crítica do desenvolvimento dessas competências.

Na Parte 1, situamo-nos no Projeto de Intervenção em Serviço que pretendemos implementar, referimo-nos ao enquadramento concetual, onde será desenvolvida toda a temática. Inicialmente é feita, uma descrição pelo local de estágio, justificando a sua escolha e relacionando-a com o tema.

A escolha da UCSP deveu-se ao facto de que nesta localidade, o apoio existente à Saúde Mental é insuficiente, o Hospital pertencente à área situa-se a cerca de 50 km de distância, a maior parte das vezes, as pessoas não recorrem ao mesmo, faltam às consultas por falta de condições económicas e à falta de recursos de acessibilidade.

Seguidamente, a escolha da problemática e sua pertinência, remetemo-nos para os temas do Desemprego/Saúde, a mesma ficou definida pelo Desemprego e implicações

na Saúde Mental dos Adultos Jovens, isto porque, os indivíduos desempregados apresentam uma vulnerabilidade, que se tornam “*alvo fácil*” para a instalação de doença mental. Está provado através da evidência que o desemprego tem efeitos nefastos no bem-estar da pessoa e impacto negativo sobre a doença mental. Para tal, foi desenvolvido no enquadramento teórico o Fenómeno do Desemprego e o Desemprego Jovem, uma vez que os adultos jovens, são grandemente afetados por este flagelo, e faz-se uma ponte entre o Desemprego e a Saúde Mental.

A escolha do Adulto Jovem, foi por esta ser uma fase do ciclo de vida, que é altamente prejudicial, esta é uma fase de crescimento e de formação da identidade em relação ao outro, as escolhas do par e opções para a vida, sejam elas profissionais ou pessoais.

São abordados temas como Ansiedade e Depressão, sua sintomatologia, causas e consequências.

Na realização o Projeto, a metodologia utilizada foi a Metodologia de Projeto, desenvolvendo todas as suas etapas, as mesmas encontram-se devidamente descritas e justificadas. O PIS consistiu na criação e implementação da consulta de enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, esta consulta foi criada de forma a poder dar resposta à problemática, ou seja, pretendia-se implementar algo que foi impeditivo da instalação ou desenvolvimento de doença mental em adultos jovens com sintomatologia depressiva e crises de ansiedade.

A criação da consulta foi desenvolvida com bases científicas nesta temática.

Relativamente à aplicação das ferramentas de Diagnóstico, a escolha recaiu sobre a análise SWOT, verificou-se que os fatores positivos de Ordem Interna – Forças – demonstraram claramente a necessidade de implementação de um projeto na área da saúde mental.

No Planeamento do projeto, ficou delineado o que se iria fazer e a forma, para isso foram definidos objetivos, delineadas atividades e indicadores de avaliação, não descurando dos aspetos éticos, é vital que se tenha continuamente presente o respeito e dignidade pela vida humana.

A escolha da teórica de enfermagem, foi Hildegard E. Peplau, uma vez que esta é que mais se enquadra em todo este processo, na metodologia utilizada do PIS, a Teoria das Relações Interpessoais, em que são satisfeitas as necessidades da pessoas, a utilização das suas 4 fases, pode ser equiparada com a estrutura organizacional do programa da consulta.

Relativamente à avaliação, foi verificado o impacto da consulta enfermagem em Saúde Mental, registado a apreciação global da consulta, que refletiu a continuidade da mesma.

Na Parte 2 será realizada uma reflexão e análise crítica sobre o desenvolvimento de competências de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e a de Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Antes da análise crítica far-se-á uma abordagem pelo desenvolvimento de competências do enfermeiro segundo Benner, desde que se inicia até ser perito.

Os estágios efetuados pretenderam proporcionar um espaço de aprendizagem em que permitiu o desenvolvimento das competências de Mestre e especializadas na área da Saúde Mental.

Por fim, a Conclusão apresenta as palavras finais do trabalho, através de uma síntese do efetuado, análise dos objetivos traçados no trabalho, apresentação dos aspetos facilitadores e constrangedores do relatório e caminhos futuros.

De referir ainda que este trabalho encontra-se de acordo com as Normas de Elaboração de Trabalhos Académicos da ESS, utiliza a NP-405 para a referência bibliográfica e respeita o Acordo Ortográfico instituído em Portugal.

PARTE 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

1 – Local de Estágio

O local de estágio onde decorreu este Projeto de Intervenção em Serviço foi numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), de um ACES do Alto Alentejo.

O ACES serve uma das cidades com maior aglomerado urbano do Alto Alentejo, com mais de 9.500 residentes; sendo o Concelho com cerca de 12 000 habitantes. A estrutura da população, ao contrário de outras zonas do país, aqui encontra-se uma elevada taxa de jovens e no sentido inverso de idosos.

É predominante o setor terciário, os serviços são o ramo mais importante em termos de emprego. O setor secundário tem particular importância na economia concelhia, uma vez que as empresas estão na periferia da cidade, e o aglomerado populacional em idade ativa trabalha nessas empresas.

A escolha do local de estágio prendeu-se com o facto de a população ser maioritariamente jovem e trabalhar em empresas que neste momento estão em grande carência económica, o desemprego a aumentar nesta área populacional pode levar a consequências de Saúde Pública.

2 – Problemática

A OMS (2005) define saúde mental como “o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao *stress* normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere”. É considerada doença mental as perturbações e desequilíbrios mentais, as disfunções associadas à angústia, sintomas e doenças mentais diagnosticáveis, por exemplo, a doença bipolar e a depressão.

São múltiplos os fatores que determinam a condição mental do indivíduo, podem ser: Biológicos (genética e sexo), individuais (antecedentes pessoais), **familiares e sociais** (enquadramento social) e **económicos e ambientais** (estatuto social e condições de vida).

Mundialmente, o **desemprego** tem estado a ficar um verdadeiro pesadelo, não só a nível social, como económico. Tem gerado discussões sobre a problemática desempregados e aos problemas decorrentes dessa situação, os quais se refletem na vida

como um todo do trabalhador, podendo incidir na saúde mental dessas pessoas. Não se trata de um problema recente, mas de uma situação construída socialmente e relacionada à história das sociedades e às mudanças no mundo do trabalho.

Portugal, não sendo exceção e fruto da situação de crise económica que se vive, a taxa de desemprego situa-se nos 16,9 (últimos dados fornecidos pelo INE). Tanto quanto é sabido, o desemprego tem sérias e graves consequências na saúde do indivíduo e da família em que se encontra integrado, seja a curto ou a longo prazo.

No que se refere ao desemprego jovem, Sá (2014) em Portugal verifica-se um agravamento da taxa de desemprego, sendo o terceiro país da União Europeia com a maior taxa de desemprego jovem, em 2012 atingiu 37,7% dos jovens, enquanto a média dos 27 estados-membros é de 25%.

O desemprego é uma situação grave, que atinge todos as faixas etárias, embora os mais atingidos sejam os jovens entre os 15 – 24 anos, com os níveis ligeiramente inferiores surge imediatamente a seguir a faixa etária 25-34 anos.

Nesta etapa do ciclo de vida (**adulto jovem**) é particularmente prejudicial para o desenvolvimento do indivíduo por ser uma fase de crescimento e formação de identidade em relação ao outro, as escolhas de par e opções de vida quer profissionais, quer pessoais. Segundo Erik Erickson (1976) citado por Agudo (2008:10) “ (...) diz que o indivíduo anseia e dispõe-se a fundir a sua identidade com a de outros, estando preparado para a intimidade. Tem a capacidade de confiar a filiações e ser fiel a elas, mesmo que isso implique sacrifícios e compromissos significativos. É agora que se pode desenvolver a verdadeira genitalidade, a mutualidade com um parceiro amado, com quem se pode e quer partilhar uma confiança mútua e os ciclos de trabalho, procriação e recreação. O reverso da intimidade é o distanciamento, a tendência a isolar-se e, se necessário, a destruir as forças e pessoas que sente como perigosas para si próprio e que parecem invadir indesejadamente as relações íntimas. Assim, a crise evidenciada nesta fase é a que opõe a intimidade ao isolamento (...) ”.

3 - Enquadramento Teórico

3.1 – O Fenómeno do Desemprego

O desemprego revela-se nos dias de hoje como um verdadeiro flagelo, é um tema que está presente diariamente na comunicação social, instituições científicas, OMS, muitos são os órgãos que estudam este fenómeno, que não sendo recente, é uma preocupação constante, uma vez que comporta consequências económicas e sociais de grande amplitude.

Embora o fenómeno do desemprego, seja referenciado desde cerca de 1870, só a partir dos meados dos anos sessenta é que integra a literatura na área da economia.

O conceito de desemprego, é retratado por vários autores, para Sá (2014:5) “ (...) *entende-se o desequilíbrio entre a procura e a oferta da mão-de-obra (...)* ” e que “ (...) *a taxa de desemprego é um indicador económico que mede o nível de desemprego de uma economia, sendo então, o rácio entre a população desempregada e a população ativa (...)* ”.

Para se compreender melhor o que é o desemprego é importante definir os vários tipos de desemprego existente, referimos apenas os mais significativos. Sá (2014), O **desemprego cíclico**, o que temos mais vivenciado, este consiste num desemprego a curto prazo, manifesta-se quando a economia produzida está abaixo do nível plano de emprego, ou seja, este acompanha o ciclo económico, aumenta com a recessão e diminui em períodos de expansão. Ao menor abrandamento económico, leva a uma baixa produtividade e em consequência um aumento do desemprego.

O **desemprego estrutural** considerado de todos o mais importante, um vez que o mesmo tende a permanecer por tempo prolongado (longo prazo), pode inclusivamente manter-se mesmo quando a economia está estabilizada, usando como exemplo quando existe uma dificuldade na adaptação entre as exigências do mercado e as aptidões dos trabalhadores, em Portugal devido á falta de mão-de-obra qualificada (a formação profissional começa agora a dar os primeiros passos), existem certos setores que a oferta é maior que a procura e não há trabalhadores com qualificação de forma a preencher essas vagas, é uma das razões pelas quais a Alemanha, Áustria e Holanda têm uma taxa de desemprego baixa, principalmente no emprego jovem.

Pode ainda existir devido à rotação do trabalho, ou seja existe grande fluxo de entradas e saídas de trabalhadores no mercado de trabalho, aqui pode afirmar-se que

existe grande desajuste entre o sistema de informação entre que procura trabalho e as vagas existentes, é designado por **desemprego friccional**.

Em Portugal, também existe uma outra forma de desemprego, esta está relacionada com o emprego sazonal, em que as atividades económicas variam consoante as épocas do ano.

Para Sá (2014:7) “ (...) *A economia de cada país reflete exatamente a situação pela qual está a passar, sendo fruto das medidas tomadas, ao longo do tempo, que têm resultado em graves consequências. O desemprego é um exemplo disso, apresentando-se como uma das maiores fraquezas em determinados países (...)* ”.

Ainda do mesmo autor, em 27 estados membros da União Europeia, Portugal, Espanha e Grécia, devido ao desaceleramento económico de cada um destes países, verificou-se quase de imediato o crescimento do desemprego. Em dez anos, a taxa de desemprego triplicou em Portugal triplicou passando de 5% em 2002 para 15,9% em 2013, valor muito acima da média da EU, em conclusão Portugal tornou-se num dos países mais atingido pelo desemprego.

3.1.2 – O Desemprego Jovem

Se nos situarmos no desemprego jovem verifica-se que também Portugal detém uma das maiores taxas da UE.

Segundo Sá (2014) em 2012, a média da EU foi de 25% de jovens desempregados. Portugal atingiu 37,7% dos jovens, sendo o terceiro país da EU com a maior taxa de desemprego, apenas ultrapassado pela Espanha e Grécia que apresentaram valores de 53,2% e 55,3% respetivamente, contrariamente ao que se verificou nos três países com a taxa mais baixa, 12,8% na Holanda; 10,3% na Áustria e 15,2% na Alemanha.

De acordo com Eichhorst (2013), em países como a Alemanha, Áustria e Holanda, as taxas de desemprego baixas, justificam-se com as formações profissionais em vigor nestes países, dando maior ênfase ao *ensino dual*. A formação de ensino é focalizada nas necessidades de envolvimento entre as empresas e os estudantes, permitindo uma grande afinidade entre a vida académica e profissional, promovendo a entrada no mercado de trabalho, com a aquisição de conhecimentos específicos e alguma experiência do primeiro emprego.

É a partir de 2002, até à atualidade que a economia mantém uma estagnação em termos económicos, e com a crise financeira que se iniciou em 2008, que a taxa de desemprego se agravou e mantém grande dificuldade em reduzir os números.

Para Gonçalves (2005:137) “ (...) o desemprego jovem reflete as relações entre o sistema educativo e o sistema de emprego quanto a certos aspetos, como a duração da escolaridade, preparação para o início de uma vida profissional, em termos de conhecimentos e qualificação e as formas de transição entre a condição de estudante e a de empregado ou potencial empregado (...) ”

Segundo o Relatório da OIT para o desemprego jovem (2012:21) “ (...) As dificuldades enfrentadas pelos jovens na transição da escola para a vida ativa são frequentemente apreendidas pelos seguintes indicadores: evolução da taxa de desemprego jovem ao longo do tempo, taxa de desemprego jovem em comparação com a taxa de desemprego de adultos; a incidência de desemprego de longa duração entre os jovens; proporção de jovens que não estão nem na educação nem no emprego ou em formação (NEET), o tempo necessário para obtenção de um primeiro emprego; e a duração da transição para um emprego "regular" depois de sair da escola ou depois de um primeiro emprego. (...) ”, de igual forma “ (...) É sabido que a transição da escola para a vida ativa implica algum período de desemprego friccional a partir do momento que os jovens iniciam a procura de emprego. Nesta fase da vida as aspirações e motivação para trabalhar ainda não estão claramente formadas. É comum um período de experimentação com diferentes trabalhos e Situações no mercado de trabalho. (...) ”

Em resumo, e segundo o mesmo relatório entenda-se como desemprego jovem como um pobre aproveitamento dos talentos que são vistos como importantes para a economia e rejuvenescimento da mão-de-obra. E quando o desemprego surge numa fase inicial da entrada no mercado de trabalho, é nefasta para a pessoa.

“ (...) Em conjunturas marcadas pelo aumento do desemprego, os jovens são objeto privilegiado das práticas dos empregadores de redução do volume de mão-de-obra nas organizações e, simultaneamente de contração do seu peso nas admissões. Práticas que têm que ser enquadradas nos sistemas nacionais de inserção profissional (...) ”, Gonçalves (2005:137).

Como refere Sá (2014), ocorre em todos os níveis de escolaridade, o agravamento do desemprego juvenil em Portugal.

Gonçalves (2005:138) “ (...) As taxas elevadas de desemprego dos jovens com diploma do ensino superior (...) (...) é resultante de um aspeto específico de crise

económica e financeira que o país atravessa desde 2001: Redução substancial dos fluxos de ingresso dos diplomados na administração pública por motivo da contenção das despesas públicas (...) “.

Sá (2014) afirma que em relação à taxa do desemprego total, esta é ligeiramente acima para quem terminou o ensino secundário, comparando com quem terminou o ensino superior. Baseando-se no desemprego jovem, a taxa de desemprego é superior, encontra-se bem acima aos dos jovens com o ensino secundário. Em 2012, a taxa de desemprego dos jovens que completaram o ensino superior atingiu os 39,1%.

Segundo afirma Sá (2014:20) “ (...) *O desemprego não depende apenas das qualificações dos jovens, sobretudo da ligação entre o sistema de ensino e o mercado de trabalho, mas também das instituições de mercado de trabalho. É nesta questão que a segmentação do mercado de trabalho assume um papel importante na contribuição para o desemprego e, em particular, para o desemprego jovem. (...) ”*

3.2 – O Desemprego e a Saúde Mental

Atualmente, observa-se uma pressão constante contra a grande massa de trabalhadores existentes em quase todo o mundo. Uma ameaça com objetivo certo faz com que milhares de pessoas sintam-se sobressaltadas, pois a única ferramenta de que dispõem, sua força de trabalho, pode ser dispensada a qualquer momento.

A ligação entre o desemprego e a saúde mental pode ser abordada pelo sentido positivo do trabalho para cada indivíduo. Por exemplo JAHODA (1979) propôs as seguintes funções do trabalho:

- ✱ O trabalho impõe uma estrutura de tempo ao dia;
- ✱ O trabalho permite a partilha regular de experiências e contactos com outros;
- ✱ O trabalho liga o indivíduo aos objetivos e propósitos que transcendem os seus próprios;
- ✱ O trabalho define aspetos do *status* social e da identidade do indivíduo;
- ✱ O trabalho reforça a atividade;
- ✱ O trabalho promove a segurança.

Numa situação de desemprego estas funções, que segundo o “*framework for the project on unemployment and mental health*” (2000) são determinantes para a saúde mental, podem ser afetadas ou mesmo perdidas.

Para além disso, existe uma crença persistente de que o trabalho pago é um meio socialmente aceitável de ganhar a vida, embora existam uma vasta área de atividades fora deste contexto que possam ser igualmente recompensadoras.

O desemprego afeta, não só o desempregado propriamente dito, mas todo o seu agregado familiar e, em geral, toda uma comunidade. A investigação mostrou que existem relações muito próximas entre o desemprego e a alteração do nível de saúde mental.

Nas meta-análises realizadas por WARR em 1984 e por HAMMARSTROM em 1994, o desemprego aparece referenciado como estando relacionado com um conjunto de resultados negativo no indivíduo:

- ❖ Perda da felicidade;
- ❖ Insatisfação com a vida;
- ❖ Baixa autoestima;
- ❖ Stresse generalizado;
- ❖ Discórdia familiar;
- ❖ Ansiedade;
- ❖ Depressão;
- ❖ Abuso de substâncias;
- ❖ Suicídio.

Como se pode observar, um conjunto de situações negativas para a saúde mental do desempregado estão presentes em relação com a sua situação profissional.

A **evidência** mostra através de vários estudos que o desemprego tem implicações nefastas na saúde mental dos indivíduos.

Estudo realizado no Brasil em 2009 em que participaram na pesquisa 204 pessoas, em que foram aplicados três instrumentos, um questionário sociodemográfico; uma escala para Avaliação de Sofrimento Psíquico-Social de Trabalhadores Desempregados e um questionário de Saúde Geral de Gold Berg segundo os resultados do estudo o item que concentrou maior número de resposta foi o de “*sinto-me envergonhado por não poder ajudar nas despesas de casa*”, na amostra todos os itens sintomáticos e de severidade da doença mental, tanto para homens como para mulheres, encontram-se acima do percentil 90, estão com cerca de 34% as mulheres e 21% nos homens, estes dados confirmam média elevada para sofrimento psíquico. Conclusões do estudo, entre outras, foram que os trabalhadores em situação de desemprego padecem, com maior frequência e intensidade, de sofrimentos relacionados com baixa autoestima, estado de

ânimo e humor reduzidos, stresse, ansiedade, sentimentos de vergonha, humilhação e distúrbios do sono.

3.2.1 – Ansiedade e Depressão

Ansiedade

Em Portugal, há falta de estudos epidemiológicos sobre a prevalência de perturbação mental, embora em Outubro de 2013, tenha sido publicado o 1º Relatório de Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental. Neste estudo, alguns dos resultados obtidos: Caldas de Almeida *et al* (2013) “ (...) *Mais de 1 em cada 5 dos indivíduos da amostra apresentou uma perturbação psiquiátrica nos 12 meses anteriores à entrevista. Esta prevalência é a segunda mais alta a nível europeu, com um valor quase igual à da Irlanda do Norte, que ocupa o primeiro lugar.*”; “*Um número importante de pessoas (quase 65%) com uma perturbação psiquiátrica não teve qualquer tratamento nos 12 meses anteriores.*”; “*Portugal é um dos países com maior uso de psicofármacos, sobretudo entre as mulheres.*” (...).

A comorbidade entre depressão e ansiedade é significativa, implicando assim com a gravidade de sintomas. Estudos desenvolvidos em Portugal registaram forte correlação entre depressão, ansiedade e stresse.

A evidência mostra-nos, e tal como é comprovado no 1º Relatório de Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, Caldas de Almeida *et al* (2013) “*As perturbações de ansiedade são o grupo que apresenta uma prevalência mais elevada no nosso país (16.5%)*”.

A ansiedade faz parte do que é considerado normal, como resposta a situações que se apresentam como ameaçadoras ou desafiadoras. Muito embora esta, se for intensa, persistente ou inapropriada pode afetar negativamente a vida diária das pessoas e ter implicações a nível pessoal e social grave, pela incapacidade física e emocional que a mesma provoca.

O termo ansiedade muitas vezes é confundido com o termo *stresse*.

Graziani (2005:14), refere que “ (...) *a experiência ansiosa induz ou é acompanhada de tensões físicas e psicológicas relacionadas com a perceção de um perigo e o medo desse perigo* (...) ”. Mesmo um acontecimento que não vivemos diretamente e que não nos coloca em perigo imediato é fonte de ansiedade.

Tal como no *stresse*, a ansiedade não é sempre patológica, pode ser agente motivador/protetor diariamente, perante as situações que se nos apresentam. Mas, ao

perder esse papel, tornar-se-á patológica, o que irá ser um autêntico foco de sofrimento para a pessoa.

A ansiedade pode desenvolver para Perturbação de Ansiedade, conforme a sua intensidade e/ou cronicidade da história das perdas de controlo, perante as adversidades que se colocam. Assim, uma pessoa ansiosa está constantemente em vigilância, pelo que identifica mais rapidamente os fatores stressores.

O estado emocional em que a pessoa se encontra, possui constantemente uma sensação de medo ou uma emoção muito próxima do medo.

Graziani (2005), descreve como desagradável, negativa, dirigida ao futuro, por vezes exagerada relativamente á ameaça, e implica manifestar-se com sinais e sintomas, provocando mesmo alterações físicas e fisiológicas.

Qualquer situação é vista como um **desafio**, que pode manifestar-se de várias formas, como excitação, raiva, cólera, desgosto, tristeza; se a situação é tida como **ameaçadora**, então a manifestação de alterações pode passar por inquietação, ansiedade ou medo. Temos então que, a ansiedade pode ser interpretada como uma ameaça ou um perigo ao seu bem-estar e à sua segurança.

A ansiedade é considerada como distinta de emoções como o **medo** e o **pânico**.

Lazarus (1991) in Graziani (2005), considera que o terror é um estado emocional provocado pela consequência de perigos concretos e imediatos de uma lesão física iminente. É caracterizado pela incerteza, em que o perigo está sempre no futuro.

Ainda, para *Lazarus*, este considera a ansiedade como estando intimamente ligada à depressão, uma vez que esta se torna uma porta de entrada aos estados depressivos.

As perturbações de ansiedade podem ser de várias ordem:

- ⌘ Ataque de Pânico;
- ⌘ Agorafobia;
- ⌘ Fobia generalizada (enquadram-se todos os tipos de fobias, incluindo a fobia social);
- ⌘ Perturbações obsessivos-compulsivos (POC);
- ⌘ Perturbação da ansiedade generalizada;
- ⌘ Estados de *stresse* pós-traumático.

As pessoas, quando têm um ataque de pânico (sensação de medo intenso que surge subitamente), os sintomas desenvolvem-se rapidamente e atingem o seu pico em 10 min., que pode manifestar-se por diferentes **Sinais e Sintomas, como:**

- ✓ Palpitações ou ritmo cardíaco acelerado;
- ✓ Náuseas, dor de estômago ou diarreia;
- ✓ Dificuldade respiratória ou sensação de estar a sufocar;
- ✓ Sensações de adormecimento ou de formigueiro;
- ✓ Suores frios e intensos;
- ✓ Rubor ou calafrios;
- ✓ Dor precordial ou desconforto torácico;
- ✓ Sensação de irreabilidade, estranheza ou separação do meio envolvente;
- ✓ Tremuras ligeiras ou acentuadas;
- ✓ Medo de morte iminente;
- ✓ Vertigens, instabilidade ou desmaio;
- ✓ Medo de «enlouquecer» ou de perder o controlo.

Depressão

Estima-se que mais de 350 milhões de pessoas têm depressão, diz OMS (2013). Estudo, mostra que aproximadamente 5% da população sofreu de depressão no último ano.

É uma das doenças psiquiátricas mais frequentes na nossa sociedade, estimando-se que uma em cada cinco pessoas tenha sofrido ou vá sofrer de depressão durante a vida. A prevalência da depressão é de aproximadamente 10 a 20% nas mulheres e um pouco inferior nos homens.

Nos casos mais graves, a depressão pode levar ao suicídio. Cerca de um milhão de pessoas se suicida por ano e uma grande percentagem delas sofre de depressão profunda. "Mais de 50% das pessoas que se suicidam sofriam de depressão", OMS (2013)

Deste modo, sendo os processos de doença momentos de transição na vida das pessoas, que inevitavelmente, neste caso levam ao aparecimento de limitações físicas, emocionais e cognitivas, tornando-os incapacitantes nas suas atividades de vida diária e dependentes de outros, ao nível dos cuidados das suas famílias, e dos profissionais de saúde, torna-se de grande importância a atuação do EESMP no que respeita aos cuidados que presta ao cliente/família, de forma a poder dar resposta às necessidades dos mesmos, e ajudá-los a viver este processo de transição de uma forma positiva.

Considerando que no cliente com depressão, esta necessidade torna-se ainda mais significativa, porque se encontra fragilizado pela sua situação de saúde, apresentando de forma muito marcante:

- ✚ Humor deprimido;
- ✚ Sentimentos de profunda tristeza;
- ✚ Perda de interesse pela vida;
- ✚ Pensamentos negativos;
- ✚ Baixa auto-estima e auto – confiança;
- ✚ Desesperança;
- ✚ Auto – depreciação e auto – reprovação;
- ✚ Sensação de desvalor e culpabilidade;
- ✚ Perspectiva negativa do mundo;
- ✚ Isolamento social;
- ✚ Afastamento da família e amigos (corte nas relações sociais);
- ✚ Muitas vezes, pensamentos suicidas.

As causas para a depressão podem ser de vária ordem, desde origem biológica, até social, que neste contexto, é que daremos mais visibilidade.

Vários autores defendem que sob o ponto de vista social, a prevalência da depressão está ligada a fatores de stresse, sociais e demográficos. Apresentando alguns aspetos que se relacionam com a depressão e sua presença na sociedade atual:

- ✚ Baixo estatuto socioeconómico;
- ✚ Problemas de habitação;
- ✚ Instabilidade nos movimentos populacionais;
- ✚ Problemas laborais;
- ✚ **Desemprego;**
- ✚ Mulheres casadas com mais de três filhos em idade escolar;
- ✚ Homens idosos e socialmente isolados;
- ✚ Reformados;
- ✚ Perda precoce dos pais;
- ✚ Famílias nucleares (só pais e um ou dois filhos);
- ✚ Aumento da longevidade (por diminuição dos estímulos na velhice);
- ✚ Cultura “indutora” de sentimentos de culpa;
- ✚ Cultura orientada para a gratificação da juventude (pela publicidade, pela televisão, pelo cinema) que pode levar os menos jovens a se sentirem rejeitados e inferiorizados;
- ✚ “*Sociedade de consumo*” em que com frequência não é quem se comporta socialmente de forma positiva que é premiado com elevados níveis de consumo.

4 - METODOLOGIA DE PROJETO

4.1 – Diagnóstico de Situação

O Diagnóstico de Situação corresponde à primeira etapa da Metodologia de Projeto e “visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar”, Nunes, Ferrito e Ruivo (2010:10). Por esse motivo, deve ser algo fundamentado e organizado.

A comunidade em estudo revela, desde 2010, uma grande evolução em termos de desemprego, sendo as Mulheres com maior incidência, ao nível da escolaridade, o desemprego é mais visível nos que terminam o secundário e procuram um primeiro emprego. Verifica-se também que a procura é bastante mais que a oferta. Sazonalmente verifica-se uma ligeira diminuição do desemprego, relativamente aos Homens. Como se pode observar nos gráficos adicionados abaixo.

Para realizar a análise nessa seção, selecionámos o “site” do Instituto Nacional de Estatística (INE), utilizámos informações estatísticas deste “site”, por este ser certificado e credível em termos de dados.

O “site” do INE tem como objetivo fornecer informações gratuitas – dados estatísticos, estudos, publicações, informações geográficas, entre outros - sobre Portugal numa amplitude muito grande, ou seja, cobre diversas dimensões de diversos temas relacionados ao país.

Gráficos Estatísticos Referentes aos Anos 2010/2011/2012

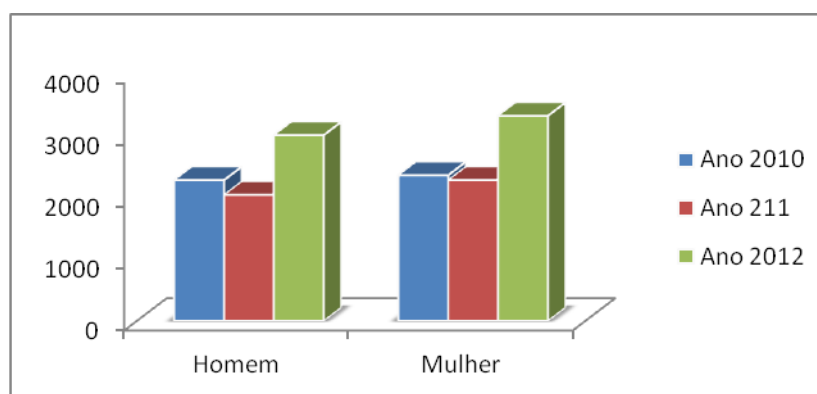


Gráfico 1 - Desemprego segundo género

Fonte: INE

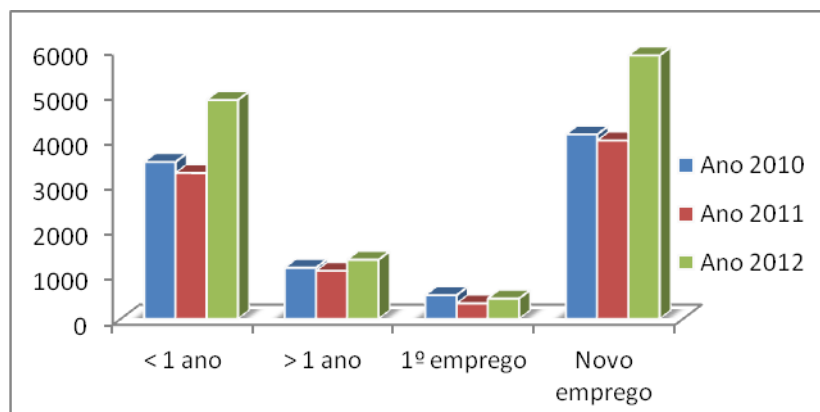


Gráfico 2 – Tempo de inscrição e natureza do emprego

Fonte: INE

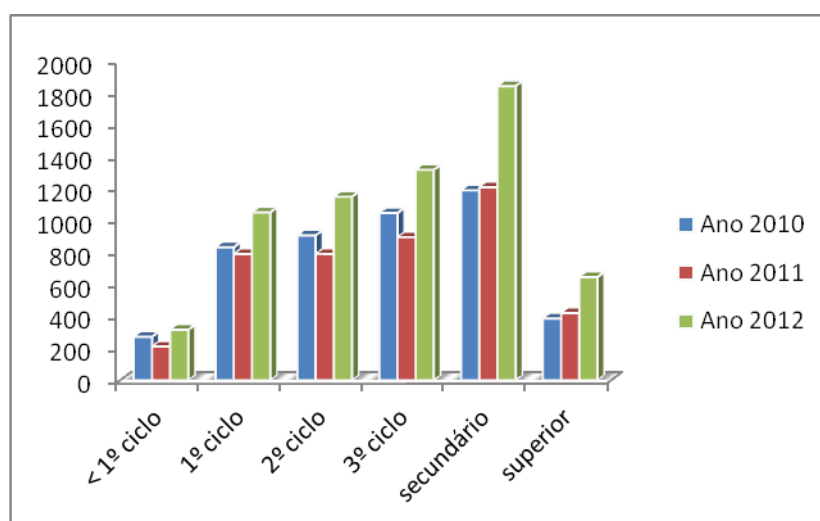


Gráfico 3 - Nível escolar

Fonte: INE

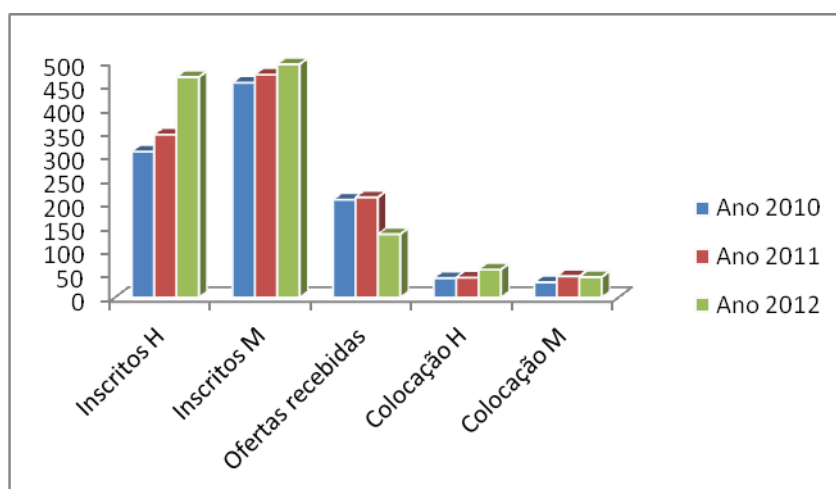


Gráfico 4 – Nº Inscritos/ Ofertas/ Colocação

Fonte: INE

Partindo destes dados sobre a evolução do desemprego da população abrangida pelo ACES (em particular o desemprego jovem) e tomando em consideração o que nos diz a literatura sobre a relação do desemprego com a incidência e prevalência de morbilidade mental e das queixas psicossomáticas a ela associadas, pretendemos identificar as percepções dos médicos e enfermeiros do ACES, sobre a evolução das queixas dos seus clientes relacionadas com quadros de ansiedade e depressão. Esta identificação foi feita através da realização de entrevistas que, no seu conjunto, revelaram que os técnicos de saúde do ACES percecionam como crescentes as queixas relacionadas com quadros ansiosos (também ataques de pânico), depressivos e mesmo psicossomáticos, e o correspondente aumento da prescrição na SAP e pelos médicos de família de psicofármacos, sobretudo ansiolíticos, antidepressivos e indutores do sono.

Apesar de não possuírem dados que permitam objectivamente cruzar esta percepção com situações de desemprego, vigora nos técnicos de saúde do ACES a percepção geral que o fenómeno do desemprego, em especial nos jovens, se relaciona frequentemente com este aumento da morbilidade mental.

Ou seja, em ligação à temática do nosso Projeto de Intervenção em Serviço – o desemprego jovem e as perturbações da saúde mental - o nosso diagnóstico de situação revelou no ACES do Alto Alentejo onde realizámos o estágio:

- ✓ Que se verifica na população, um aumento do desemprego em geral mas entre os jovens em particular;
- ✓ Que os técnicos de saúde do ACES percecionam como crescentes as queixas relacionadas com quadros ansiosos (também ataques de pânico), depressivos e mesmo psicossomáticos;
- ✓ Que as principais respostas oferecidas pelos técnicos do ACES são aumento da prescrição de psicofármacos, sobretudo ansiolíticos, antidepressivos e indutores do sono.

4.2 – Planeamento

Tomando em consideração que a ansiedade, a depressão e os sintomas correlatos se compreendem como focos de atenção dos Enfermeiros (CIPE), em particular dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, após o Diagnóstico de Necessidades da população e no sentido de planear uma resposta institucional consentânea com a intervenção do Enfermeiro Especialista em

Enfermagem de Saúde Mental, foi elaborada uma análise SWOT. Para ela concorreram também os técnicos do ACES.

A análise SWOT é “*uma das técnicas mais utilizadas na investigação social, quer na elaboração de diagnósticos, quer em análise organizacional*” Santos (2009:14).

Permitiu-nos refletir e confrontar os fatores positivos e negativos (identificados em relação ao problema em questão). Nos fatores positivos, estão incluídas as *forças* (pontos fortes, trunfos, vantagens e potencialidades) considerados elementos favoráveis e internos ao próprio sistema, sendo que as *oportunidades* têm origem exógena; e nos fatores negativos estão incluídas as *fraquezas* ou debilidades, ou seja, as desvantagens ou pontos fracos, de caráter interno, mas os constrangimentos ou *ameaças* são fatores que provêm do exterior, que tendem a prejudicar o sistema Santos (2009).

Com a aplicação da ferramenta SWOT (**APÊNDICE 5**), conseguimos organizar as principais vantagens e os principais obstáculos da criação de uma resposta institucional na esfera da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, sistematizando de uma forma clara e concisa os principais aspetos sobre o problema. Foi possível perceber que os fatores positivos de ordem interna – Forças - são claramente superiores, o que demonstra o ambiente interno favorável para a implementação de um projeto nessa área: **a criação de uma consulta de enfermagem de saúde mental destinada especialmente a jovens em situação de desemprego.**

O “*processo de planificação, funciona como um processo de transformação de representações (...) é um lugar de meditação e de tratamento explícito de realidades*” Barbier (1996:140). Nesta fase, é clarificado o que vai fazer e como.

4.2.1 - Finalidade e Objetivo

Definiu-se como finalidade do Projeto de Intervenção em Serviço, reduzir a comorbilidade e a prevalência da doença mental, por Ansiedade e Depressão, na população de jovens em situação de desemprego que são utentes do ACES.

Quanto ao objetivo, uma vez que de acordo com Mão de Ferro (1999), os objetivos apontam os resultados que se pretende atingir, teve-se como objetivo criar uma consulta de enfermagem de saúde mental destinada especialmente a jovens em situação de desemprego.

4.2.2 – Fundamentação das escolhas teóricas e técnicas da Consulta de Enfermagem de Saúde Mental

Para definirmos o que compreendemos como **Consulta de Enfermagem** foi imprescindível refletir sobre essa temática e sobre qual a sua finalidade. Tomámos, como um dos pontos de partida a definição de **consulta** segundo a CIPE® 1.0 (2005:151), a qual se define como um —**evento**, e **evento** é alguma coisa que acontece.

Baseamo-nos igualmente, em documentos da OE para justificar o que sustenta os eventos que os enfermeiros são chamados a realizar (a fazer acontecer) evidenciando-se como a grande responsabilidade no exercício da enfermagem a tomada de decisão.

“ (...) a tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistemática e sistémica. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Após efetuada a identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, destetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados” (Ordem dos Enfermeiros, 2003:10).

Assim, tal como refere Gaspar (2011:25), *“ (...) consulta de enfermagem é um período no qual acontece uma sequência de ações próprias e autónomas do enfermeiro, (direcionadas a uma área da sua intervenção) que através da tomada de decisão responde à prestação de cuidados de enfermagem ao indivíduo e à família”* (...)

A implementação da consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na UCSP, visa dar resposta às necessidades em saúde mental, que se verifica na comunidade.

Na área das competências, esta consulta coloca-se, na competência F.4 das competências inerentes ao EESMP, mas consideramos que a mesma abrangente em todas as competências, uma vez que permitiu-nos trabalhar em todas elas e desenvolve-las.

A implementação da consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, consistiu num conjunto de ações diferenciadas e inter-relacionadas, que possibilitaram a avaliação de problemas de saúde, determinando as intervenções necessárias com vista à sua resolução, adaptação ou minimização, tal como descrito pela OE *“as intervenções do EESM (Enfermeiro Especialista em Saúde Mental) visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos*

relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, auto cuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, etc.), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família” Ordem dos Enfermeiros (2009).

Para Oliveira, S. *et al* (2010:156), (...) *a consulta de enfermagem é uma estratégia eficaz para a deteção precoce de desvios de saúde e acompanhamento de medidas instituídas, as quais se dirigem ao bem-estar das pessoas. (...) "*

Após várias pesquisas sobre consulta de enfermagem, a evidência mostrou-nos que consulta de enfermagem em SMP, houve apenas um que comprovou a sua existência, e foi ao nível domiciliário, existe imensas em outras áreas da enfermagem.

Verificou-se também, que os estudos mostram que a consulta de enfermagem é benéfica para a comunidade e favorece a implementação de medidas que visam dar respostas às necessidades dos clientes. Assim como, que a mesma tem resultados positivos, uma vez que a enfermeira assume um papel importante na mediação entre a comunidade e o sistema de saúde, inclusivamente na redução de complicações. Oliveira, S. *et al* (2010:160).

Feita uma **análise reflexiva** relativamente às teóricas de enfermagem e a problemática em estudo, concluímos efetivamente que quanto à sua utilidade, e à relação entre a teoria e a prática, que o modelo desenvolvido por **Hildegard E. Peplau**, em 1952 (**Teoria das Relações Interpessoais**), na nossa opinião, é a teórica que melhor identifica a forma de cuidar do cliente.

Considerada como Teoria de Médio Alcance, Peplau visualizou o fenómeno de enfermagem como um processo interpessoal cujo **foco** principal está centralizado na relação interpessoal **Enfermeira – Cliente**. Este pretende identificar conceitos e princípios que deem suporte às relações interpessoais que se processam na prática de enfermagem de modo que as situações do cuidado possam ser transformadas em experiências de aprendizagem e crescimento pessoal.

“ (...) O doente considerado objeto de ação de enfermagem e as enfermeiras deviam agir para ou pelo doente. Este trabalho foi concebido baseado nas suas experiências pessoal e prática, ela tinha uma percepção de doença e de morte sobre os indivíduos e famílias (...) ”. Tomey & Alligood (2004:424)

O **Profissional** orienta o cliente na procura das soluções para o seu problema, onde cada encontro permite um amadurecimento, que facilita o contato consigo mesmo, assim como o desenvolvimento pessoal e profissional.

As quatro fases do Processo Interpessoal que Peplau descreveu: **1) Orientação, 2) Identificação, 3) Exploração e 4) Resolução**, tem como finalidade satisfazer as necessidades humanas.

Descrevendo resumidamente as 4 fases do processo, de acordo com Tomey & Alligood (2004):

- 1) Orientação** - Nesta fase, a pessoa procura ajuda, uma vez que sente que as suas necessidades não estão satisfeitas. Após o pedido de ajuda, a enfermeira auxilia no reconhecimento do compreende-lo definindo qual o tipo de ajuda necessária. Aqui, é estabelecido o vínculo entre o enfermeiro e o cliente que continua a ser fortalecido ao longo do tempo, enquanto as necessidades vão sendo identificadas. Nesta fase a pessoa e a enfermeira em conjunto, definem qual o tipo de assistência profissional de que o cliente precisa.
- 2) Identificação** - A enfermeira ajuda o cliente a explorar os seus sentimentos, a fortalecer os aspetos positivos (resilientes) e a satisfazer as suas necessidades.
- 3) Exploração** - O cliente é capaz de atingir novos objetivos, retirando dessa relação os aspetos que a ajudarão a determinar e atingir outros novos objetivos. Ou seja, nesta fase, através do trabalho com o cliente, na sua resiliência e autodeterminação a pessoa ganha segurança para ultrapassar obstáculos, procurar novas experiências, saber mais sobre si e ter ligações mais fortes com os outros.
- 4) Resolução** - A pessoa tem capacidade para programar novos objetivos, libertando-se progressivamente da identificação com o enfermeiro. Nesta fase, o cuidado é primordial, devido à forma como é feito o término, uma vez que se não for bem-sucedido pode colocar em causa todo o processo e influenciar de forma negativa as conquistas atuais e futuras do cliente, provocando um retrocesso.

Durante as diversas fases a enfermeira pode **assumir vários papéis**, sendo o objetivo de deferir quais as áreas de dependência interdependência, assim, o enfermeiro assume diferentes papéis profissionais, durante as diversas fases, Tomey & Alligood (2004: 427):

- ✓ **Papel de Estranha** - A enfermeira e o cliente, embora sejam estranhos, a primeira deve ser cordial e não julgar. Durante esta fase, a enfermeira deve tratar o cliente como sendo emocionalmente capaz, até que se prove o contrário;

- ✓ **Papel de Pessoa de Recurso** – A enfermeira deve dar respostas adequadas, de forma construtiva, ou de aconselhamento para que haja aprendizagem, por parte do cliente;
- ✓ **Papel de Professora** – Nesta fase a enfermeira faz-se uso do conceito de aprendizagem através de técnicas psicoterapêuticas, levando o mesmo a fazer uma apreciação e a ter uma aprendizagem sobre as suas experiências;
- ✓ **Papel de Líder** – Todo o processo (providenciar cuidados físicos, com habilidades físicas), é realizado através de uma relação de cooperação e de participação ativa;
- ✓ **Papel de Substituta** – Colabora com o cliente a ver as diferenças entre a sua enfermeira e a pessoa que o mesmo recorda. Nesta fase a enfermeira define as áreas de dependência, independência e interdependência;
- ✓ **Papel de Conselheira** – O objetivo das técnicas interpessoais é ajudar *"o doente a lembrar e a compreender totalmente o que lhe está a acontecer na situação atual, de modo a que a experiência possa ser integrada em vez de dissociada de outras experiências de vida"*.

O Aconselhamento é definido como uma relação única entre conselheiro e cliente, através de um processo interativo, que provoca no cliente mudanças (em 1 ou mais áreas da sua vida), como no **comportamento**; em **construtos pessoais**; preocupações em ser **bem-sucedido na vida**; **Conhecimento para tomadas de decisão**. Patterson & Eisenberg (1988:20)

" (...) O objetivo principal é capacitar o cliente a dominar situações da vida, a engajar-se em atividade que produz crescimento e a tomar decisões eficazes. (...) Aumenta o controlo do individuo sobre as adversidades atuais e as oportunidades presentes e futuras. (...) " Patterson & Eisenberg (1988:01)

No aconselhamento, a relação que se estabelece, é no desenvolvimento de confiança, compreensão e segurança, condições que levam a um processo de mudança, de aprovação e crescimento, uma vez que a pessoa que ajuda procura não dar conselhos, não julgar, não incita e não dá soluções para os problemas, nas sessões de aconselhamento proporciona-se ao cliente uma reflexão sobre si, para toda a situação problemática, é o próprio cliente que descobre dentro de si as respostas e as soluções que procura para ele naquele momento.

A relação criada é centrada na pessoa e não no problema, depositando-se total confiança nas capacidades do cliente.

“ (...) A relação de **aconselhamento** é, pois, uma relação dinâmica que se ajusta, ininterruptamente, às necessidades do cliente (sem perder de vista o essencial do pedido de ajuda) e à sua evolução no sentido da mudança por si desejada (...) ”. Lopes (2010:68)

Patterson & Eisenberg (1988), identificaram os elementos gerais que formam a base para uma ajuda efetiva contínua, com a apresentação de um conjunto de **Preceitos** que constituem a base para a compreensão do processo de ajuda.

1º PRECEITO - Compreensão

"Para ser verdadeiramente efetivo, o conselheiro deve ter uma compreensão total do comportamento humano e ser capaz de aplicá-la à série particular de problemas ou circunstâncias de cada cliente". Patterson & Eisenberg (1988:4)

2º PRECEITO - Mudança no Cliente

"O objetivo final da experiência do aconselhamento é ajudar o cliente a operar algum tipo de mudança que ele julga satisfatória". Patterson & Eisenberg (1988:5)

3º PRECEITO - A Qualidade da Relação

"A qualidade da relação de ajuda é importante para proporcionar um clima de crescimento" Patterson & Eisenberg (1988:6)

4º PRECEITO - Um Processo Sequencial

"O Aconselhamento é um processo que ocorre numa sequência bastante predizível que se caracteriza pelo movimento em direcção a resultados identificáveis". Patterson & Eisenberg (1988:6)

5º PRECEITO - Auto-revelação e Autoconfrontação

"O processo de Aconselhamento consiste primeiramente na auto-revelação e autoconfrontação pelo cliente, facilitado pela interacção com o conselheiro" Patterson & Eisenberg (1988:7)

6º PRECEITO - Uma Intensa Experiência de Trabalho

"O Aconselhamento é uma intensa experiência de trabalho para os participantes". Patterson & Eisenberg (1988:8)

7º PRECEITO - Conduta Ética

"Assumir o serviço profissional de ajuda a pessoas obriga o orientador (conselheiro, assistente social, psicólogo, etc.,...) a agir de modo ético"

Patterson & Eisenberg (1988:7)

O processo de aconselhamento, assenta essencialmente em quatro fases distintas: **Descoberta Inicial, Exploração em Profundidade; Preparação para a Ação e Término**

Apesar de bem delineadas e de, aparentemente, cada uma depender da anterior, os autores referem que não é possível estabelecer objetivos sem que a pessoa tenha esclarecido de forma clara, as suas preocupações. Estes autores, referem ainda que estas fases podem ser flexíveis, pois diversos aspetos podem estar a ser alvo de intervenção e não se encontrarem todos eles na mesma fase do processo.

O Aconselhamento nos cuidados de saúde primários, área onde foi aplicado o projeto que elaborámos, é muito abrangente nas áreas de intervenção, em que é importante dar resposta às necessidades emocionais dos clientes, como a sua utilização na mudança de comportamentos, pode-se considerar, entre muitas: as perturbações de ajustamento (ansiedade, depressão); Crises pessoais e/ou familiares; Problemas de Adição; Problemas psiquiátricos.

Para Trindade & Teixeira (2000:8) "*(...) promover uma abordagem de psicologia da saúde em sujeitos com doença psiquiátrica que leve em consideração a influência da variável psicopatologia no seu envolvimento em comportamentos de risco para a saúde e as suas maiores dificuldades ao nível do confronto com procedimentos médicos indutores de stresse, do confronto com a doença física e da comunicação com os técnicos de saúde, bem como os seus problemas de adesão (...)*"

É reconhecido em enfermagem que a afirmação da competência profissional passa por uma prática de cuidar centrada na relação de ajuda.

Phaneuf (2005:324) a Relação de Ajuda "*(...) Trata-se de uma troca tanto verbal como não-verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação de clima de compreensão e o fornecimento do apoio de que a pessoa tem necessidade no decurso de uma prova (...)*". Esta relação permite à pessoa compreender melhor a sua situação, aceita-la melhor e, conforme o caso, abrir-se à mudança e à evolução pessoal, e tomar-se a cargo para se tornar mais autónoma, ajuda a pessoa a demonstrar coragem diante da adversidade, independente do nível emocional a atingir (ex.: morte).

Tendo como ponto de partida a sua formação e as suas experiências profissionais, o terapeuta intervém, a partir do que ele é, e seguindo um modelo que seja a sua referência.

Chalifour (2008:7) " (...) *O terapeuta e o cliente deparam-se com contradições entre o "estar" e o "fazer", que aumenta a confusão num e a ansiedade do outro (...)* ".

A relação de ajuda, consiste auxiliar a pessoa a libertar-se de certas adversidades que o impedem de reconhecer a sua forma de estar no mundo.

O modelo geral da relação de ajuda compreende quatro componentes, Chalifour (2008), o cliente; o interveniente; os processos e o ambiente físico e social, e o contexto.

Chalifour (2008:33) define esta relação como “*uma Interação particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda*”.

Esta interação obriga a que o enfermeiro, tenha um grande empenho já que “*é essencial que tenha elevado conhecimento e consciência de si-mesmo, com a finalidade de discernir o mais distintamente possível o que é que esta relação suscita em si, de que maneiras as suas características pessoais influenciam a qualidade da relação e que utilização pode fazer de si-mesmo, para fins terapêuticos.*” Chalifour (2008:23).

Phaneuf (2005:323), afirma que “ (...) *a implantação alargada da relação de ajuda nos cuidados de enfermagem supõe uma mudança de perspetiva a nível da perceção da identidade e da própria enfermagem, sendo a enfermeira imbuída da importância do seu papel autónomo. (...)* ”

A relação de ajuda permite, que o cliente seja o detentor de um modo específico de atuação e de interação no seu ambiente, ajudando a estruturar os meios que lhe permitem adquirir uma maior consciência de si mesmo acendendo aos seus recursos pessoais, que lhe permitirão fazer face às suas dificuldades. Assim, o cliente assume um papel ativo no processo terapêutico.

Chalifour desenvolveu um modelo geral de intervenção de relação de ajuda no cuidar em enfermagem, seguindo uma perspetiva holística e humanista, onde se podem identificar três momentos-chave:

Fase de início da relação ou fase de orientação da relação – “ (...) *tem início com o primeiro encontro e perdura até à definição da necessidade de ajuda. (...)* ” Chalifour (2008:124). Esta fase inclui:

- Desenvolver um clima de confiança;
- Clarificação dos papéis assumidos por cada um na relação;

- Colaborar com o cliente na expressão da sua necessidade de ajuda;
- Informar o cliente de recursos humanos e físicos à sua disposição;
- Esclarecer o cliente acerca das rotinas, políticas e regulamentos da instituição.

Fase de trabalho ou a emergência das identidades – “(...) *tem início quando o interveniente esclareceu a necessidade de ajuda e as expectativas do cliente e já o conhece suficientemente, de modo a seleccionar os meios que vai utilizar para responder à sua necessidade.*(...) ” Chalifour (2008:126).

Fase de conclusão – Termina da relação e inclui:

- ❖ Comunicar as suas impressões quanto à relação que se conclui;
- ❖ Assegurar a transição do cliente entre a sua situação atual e a situação futura.

O enfermeiro, se utilizar estas etapas, em articulação com os seus conhecimentos, habilidades e atitudes irá estabelecer com o cliente uma relação terapêutica verdadeira, dando-lhe sentido, de acordo com as necessidades e dificuldades que o cliente apresenta, conseguindo centrar-se na promoção da saúde, na prevenção da doença, no tratamento e na sua reabilitação.

A **Resiliência** humana é um atributo natural universal de sobrevivência que é composto por aspetos biológicos, psicológicos e sociais.

Conceito relativamente novo nas ciências humanas, começa agora a ser discutido e implementado pela comunidade científica, a sua investigação iniciou-se acerca de trinta anos, mas nestes últimos dez anos é que tem sido o seu grande desenvolvimento.

O Relatório do Desenvolvimento Humano publicado pela OMS (2004), considera que “(...) *desenvolvimento humano é um processo de alargamento das escolhas à disposição das pessoas, para elas fazerem o que valorizam na vida*”.

Para SILVA, M. *et al* (2005:97) refere-se a **resiliência** como a capacidade de um ser humano (indivíduo, família ou mesmo uma comunidade) de construir uma trajetória de vida positiva/saudável, apesar de viver num contexto adverso. Trata-se de um fenómeno complexo e dinâmico que se constrói de forma gradativa, a partir das interações vivenciadas pelo ser humano e seu ambiente, as quais podem promover a capacidade de enfrentar com sucesso situações que representam ameaça ao seu bem-estar.

Não se pode falar de Resiliência, sem se falar em vulnerabilidade, definindo-se como “ (...) *o estado de menor resistência perante fatores nocivos e agressões e dá conta da variabilidade interindividual. (...) Evoca as sensibilidades e as fraquezas*

patentes ou latentes imediatas ou diferidas e pode ser compreendida como uma capacidade (ou incapacidade) de resistência aos constrangimentos do meio ambiente (...) ". Anaut, M. (2005:18)

A avaliação da vulnerabilidade apela à complementaridade da apreciação dos fatores de risco, mas também dos fatores de proteção, o que remete para um modelo a três dimensões «risco-resistência-adaptação».

A vulnerabilidade pode ter 2 dimensões:

- Vulnerabilidade Centrada no Sujeito;
- Vulnerabilidade Ligada as Resiliências do Ambiente

A Resiliência diz respeito a um elaborado processo que resulta da interação entre o indivíduo e o seu meio ambiente.

Não se refere apenas á pessoa, mas pode pertencer a um grupo humano, familiar ou não.

Yunes, M. (2003), realizou uma revisão bibliográfica sobre Psicologia Positiva e Resiliência, onde descreve vários conceitos de resiliência e apresenta vários estudos realizados, não só ao nível da Psicologia, como também ao nível da Física (área onde este termo teve origem) e Engenharia, onde o termo resiliência já é aplicado desde há alguns anos. Considerámos este artigo bastante importante, para a compreensão de toda esta temática.

Resiliência não implica a anulação ou eliminação da situação de risco, mas a forma como a pessoa enfrenta com êxito os desafios e as situações que se lhe apresentam.

Silva, M. e tal (2005) “(...) *Diferentemente da ideia de invulnerabilidade, a resiliência refere-se à capacidade de enfrentar e responder de forma positiva às adversidades e às suas consequências potencialmente negativas (...)*”. Isto, significa que a resiliência não é sinónimo de Invencibilidade nem de Insensibilidade, mas remete-se ao contrário, para a ideia de flexibilidade e de adaptação.

Existem pessoas que dado às suas características e perante situações em que falham os mecanismos de ajuda, quando as situações de stresse e de adversidade se impõem, o seu comportamento aciona modos de funcionamento específicos que se baseiam em determinados mecanismos, e que vários autores caracterizam como: **Defesa/ Empoderamento/ Coping,...**

Neste sentido a pessoa resiliente assume três características, segundo ANAUT, M. (2005):

❖ **A Consciência da sua Autoestima e do sentimento de Si**

A autoestima define-se como a imagem que a pessoa tem de si mesmo e do seu próprio valor, que se reduz por um conjunto de atitudes e de opiniões que as pessoas põem em jogo nas suas relações com o mundo. A autoestima compreende uma disposição mental que prepara a pessoa a reagir segundo as suas expectativas de êxito, a sua aceitação e a sua determinação pessoal.

❖ **A Consciência da sua Eficácia ou Sentimento de Auto-eficácia**

Olha principalmente para os aspetos positivos das adversidades, que surgem na vida e ter confiança nas suas capacidades, para resolver a grande parte dos problemas da sua existência. O sentimento de auto-eficácia permitirá à pessoa saber antecipadamente o êxito de uma tarefa, porque possui essa capacidade de antecipação. Este sentimento coincide em parte com a confiança de si.

❖ **As diferentes Formas de Resolução de Problemas Sociais**

Refere-se à experiência e à capacidade da pessoa resiliente para se apoiar em experiências pessoais, familiares ou extra familiares (todos os que nos rodeiam), suficientemente positivas, ou reconhecidas socialmente com tais.

Para MARCOS, L. (2011) Na Resiliência Humana, o atributo de sobrevivência em que fazem parte os ingredientes Biológicos, Psicológicos e Sociais, todos os componentes dividem-se em dois grandes grupos:

1º Grupo – Pilares da Resiliência

É constituído por seis fatores gerais ou globais, e que fazem parte da personalidade e perspetiva de vida de cada pessoa, são independentes da natureza da adversidade.

Os Pilares são a predisposição que cada um de nós tem para receber e explicar as coisas de uma forma positiva ou estar atento aos seus aspetos mais favoráveis e a consciência de metas pessoais que confirmam significado à própria vida.

2º Grupo – Mecanismos Protetores Específicos

Este grupo que é composto por mecanismos protetores específicos ou respostas amortecedoras que se ativam na pessoa como consequência da situação de stresse ou acontecimento potencialmente traumatizante.

O conjunto destes fatores globais, ainda que sejam diferentes de pessoa para pessoa, interligam-se e reforçam-se entre si para configurar a capacidade humana para se adaptar, resistir e recuperar das adversidades.

Ligações Afetivas

Os relacionamentos são uma predisposição natural para os seres vivos, não somos uma ilha, não conseguimos viver isoladamente, precisamos de socializar para nos mantermos vivos. A nossa capacidade para criar e manter laços de afeto é-nos inata. Estes processos assumem características próprias a cada etapa do ciclo vital.

Para Silva, M. *et al* (2005), durante a infância, a criança é dependente dos cuidados de um adulto para sobreviver, habitualmente associadas a qualidade de vivências no contexto afetivo onde vive os primeiros anos. Se a criança viver num ambiente onde exista a segurança necessária para que se desenvolva a confiança em si mesma e nos outros, as boas expectativas criadas em seu redor. À medida que as crianças vão crescendo os processos relacionam-se mais fortemente, as relações de cumplicidade criadas apesar das adversidades, a confiança depositada, a segurança sentida. Todos estes processos são vitais na construção da resiliência.

Para além da família, há autores que defendem, o suporte social como fator de proteção, em qualquer etapa do ciclo de vida.

Funções Executivas

Aqui, incluem-se a gestão de pensamentos, das emoções e dos comportamentos, em que um dos componentes essenciais é a **Introspeção**.

Recorremos muitas vezes a esta capacidade de “*olharmos para dentro de nós*”, numa tentativa de compreender as causas dos nossos pensamentos, emoções e atos que nos afetam, na procura de explicações para os acontecimentos.

Este olhar interior, permite-nos refletir e ajuda-nos a tomar decisões importantes ou a procuramos uma solução para a situação adversa.

Centro de Controlo Interno

Perante ameaças perigosas, as pessoas que mantêm um maior sentido da autonomia, que respondem com maior coragem as certas situações, que resistem melhor e enfrentam com mais eficácia a adversidade que as que sentem que não conseguem controlar os acontecimentos que os afetam, ou que as suas decisões não

contam, as primeiras conseguem fazê-lo porque conseguem manter e localizar o seu centro de controlo interno, que é um fator fundamental de resiliência.

Uma pessoa pode ser resiliente num ou mais domínio (s) de competências específicas. A evidência, diz-nos que se considera os diferentes domínios de resiliência são independentes entre si, o que significa que uma pessoa pode revelar ser resiliente num domínio de competências e eventualmente não ser resiliente em outros domínios, segundo o autor Anaut, M. (2005).

Ainda no mesmo autor, considera que o objetivo é retirar pistas de intervenção susceptíveis de contribuir para a formação de mecanismos de segurança, quando as adversidades surgem. Para isso, elabora algumas aplicações que, a mesma sugere na utilização da prática.

Aplicação Clínica das Teorias sobre a Resiliência, Anaut, M. (2005):

- Tratamento individual ou em grupo (famílias, comunidade) de pessoas em sofrimento;
- Utilização do modelo de resiliência no campo da prevenção.

Objetivos da aplicação Clínica, Anaut, M. (2005)

- Pretende-se orientar os técnicos, para a preocupação em mobilizar as capacidades dos jovens e das famílias.
- As intervenções baseiam-se nos métodos da Entrevista com objetivo terapêutico, como na construção e utilização de técnicas específicas destinadas a ajudar as pessoas a desenvolver as suas capacidades resilientes.
- O objetivo comum de todos estes procedimentos é ajudar as pessoas ou os grupos familiares a encontrar recursos neles próprios a estimular as energias para enfrentarem as situações difíceis da vida.

É um dos objetivos com a Consulta de Enfermagem em Saúde Mental, ajudar o cliente a adquirir o controlo da sua própria vida.

Anaut, M. (2005) defende que os **Métodos de Desenvolvimento das Capacidades de Resiliência**, se devem fazer em três domínios:

- Indivíduo (Intrapsíquico, Personalidade);
- Comportamentos;
- O meio relacional.

O mesmo autor, sugere que sejam adotados os seguintes **Métodos de acompanhamento do processo de aquisição de resiliência**:

- Trabalhar os processos individuais defensivos e a autoestima;
- Encorajar o êxito em domínios que são importantes para o sujeito (não necessariamente académicos e/ ou reconhecidos pelo corpo social, pelo enquadramento escolar ou profissional);
- A investigação familiar, para se trabalhar as potencialidades familiares susceptíveis de apoiar a resiliência individual baseada na família real e interiorizada.

Anaut, M. (2005), refere que os **Fatores de resiliência, segundo as Intervenções para acompanhamentos psicológicos e educativos, devem desenvolver**:

- A autoestima;
- A confiança, o otimismo e o sentimento de esperança;
- A autonomia e a independência (a capacidade de se esforçar, de satisfazer as suas próprias necessidades);
- A resistência e a capacidade de combater o stress;
- A sociabilidade: como a capacidade de se relacionar com os outros e comunicar de forma positiva com os outros;
- As relações sociais existentes, ainda que precárias;
- A capacidade de experimentar uma maior variedade de emoções;
- Atitudes positivas que possibilitam enfrentar problemas e resolvê-los, assim como, prever as consequências;
- A elaboração da culpabilidade e de vergonha: principalmente em relação aos abusos e às violências intrafamiliares.

O modelo de resiliência pode ser coadjuvante com outras abordagens para compreensão das formas de adaptação das pessoas e para a criação de outros métodos de tratamento de pessoas e/ou famílias, quando surge a adversidade, com traumatismo, com carências e doenças dos laços familiares. Anaut (2005)

Ainda Anaut, afirma que, tal como o desenvolvimento da resiliência em terapia, tem grandes contributos, também existem limitações a este processo, na prática dos cuidados e de prevenção.

Durante a terapia, aumenta o risco de ignorar os aspetos de algum sofrimento ligado ao desenvolvimento de processos defensivos, nas pessoas ditas resilientes, e levar a pensar de forma equivocada que a sua resiliência é invulnerável perante adversidades colocadas.

Anaut, M. (2005:151) *"O sujeito resiliente permanece um sujeito resiliente permanece um ser que foi ferido, cuja ferida não está completamente cicatrizada e pode estar mascarada pelo comportamento resiliente"*.

4.2.3 - Atividades e Indicadores de Avaliação

Atividade é entendida como um elemento realizado ao longo do projeto que tem uma duração prevista e prevê a utilização de recurso (Nunes, Ferrito e Ruivo, 2010). Assim, apresentam-se as **atividades** planeadas desenvolver de forma a dar resposta ao objetivo, apresentado no item anterior.

As principais atividades delineadas são:

Revisão Bibliográfica;

Sendo a Enfermagem uma ciência, esta deve ser realizada através de bibliografia credível com conhecimento científico, de forma a poder dar resposta aos objetivos específicos elaborados. Para a construção deste PIS, foi realizada uma Pesquisa que se apresenta no Enquadramento Conceitual deste trabalho. Consulta as bibliotecas do IPS procurando bibliografia sobre a temática, na ESS. Planeou-se a realização de pesquisa na internet com os termos Desemprego, Ansiedade, Depressão, Resiliência, Aconselhamento/Relação de Ajuda associados a Enfermagem e Nursing em bases de dados como EBSCO, COCHRANE e B-ON.

*** Elaboração do Documento descritivo da consulta de enfermagem em saúde mental;**

A elaboração deste documento descritivo da Consulta de Enfermagem de Saúde Mental, permitiu-nos a sistematização e consequente uniformização de todo o processo de consulta. Esta atividade teve por base a revisão bibliográfica aprofundada, já prevista anteriormente.

*** Divulgação das características e do início da consulta na equipa do ACES (estabelecendo critérios de referência);**

A Divulgação do início e características do projeto à equipa foi considerada uma das atividades que decisoras do seu sucesso, uma vez que a partir do conhecimento das

características da consulta foi possível estabelecer e acordar os critérios de referenciação da população do ACES.

4.2.4 - Aspetos Éticos

Na construção de um projeto como este, onde profissionais e instituições estão envolvidas, existem aspetos sobre os quais se devem refletir. Baseada em diretrizes anteriores, Fortin (2009:186) cita os seguintes princípios éticos no respeito pela dignidade humana: “1) *respeito pelo consentimento livre e esclarecido*; 2) *o respeito pelos grupos vulneráveis*; 3) *o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais*; 4) *o respeito pela justiça e pela equidade*; 5) *o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes*; 6) *a redução dos inconvenientes* e 7) *a otimização das vantagens*”.

No respeito destes princípios, em primeira instância, a ESS, aquando do pedido para a realização do estágio, solicitou autorização para a realização de um projeto neste âmbito, o que nos permitiu realizar o diagnóstico de situação. Outra das preocupações inerentes aos princípios éticos atrás apresentados foi a preocupação em solicitar o devido consentimento livre e esclarecido às pessoas que recorrem à consulta. Também existe sempre uma preocupação em codificar a instituição e as pessoas que participam neste projeto, razão pela qual mesmo nos documentos em anexo, não foram identificados os locais de estágio, nem os símbolos da instituição.

Em todo o processo são respeitados os direitos da pessoa humana, e respeitado o **Código Deontológico**, estabelecido para a profissão de enfermagem, de acordo com Diário da República, 1.^a série — N.º 180 — 16 de Setembro de 2009, SECÇÃO II Do **código deontológico do enfermeiro** págs. 6547-6549.

A **ética de enfermagem**, inclui princípios e valores específicos do Cuidar. O campo de ação do enfermeiro, relativamente aos cuidados de enfermagem, são uma contínua construção humana de escolhas do agir, que procura responder o mais adequadamente, o mais necessário e justo para cada um; para isso, precisa obrigatoriamente de respeitar três exigências: - **A natureza do cuidado**; - **A integridade da ação** e - **Na necessidade da ação**.

Quando o enfermeiro toma decisões e as coloca em prática no âmbito do cuidar, o seu procedimento reflete a intersecção a três níveis, o profissional e singular (dos saberes, da capacidade de competência científica, técnicas e humana), e o da vida do

Outro, sendo que o cuidado que está a prestar, é ali e nesse momento, enquanto duração temporal.

Nunes (2002:8) refere que a profissão de Enfermagem tem: *"uma tripla orientação no que diz respeito ao que realiza em nome do ser humano (ética), em nome da profissão (deontologia) e em nome da sociedade (moral) "*.

"O AGIR é, simultaneamente, fundado pela autonomia [...] e pela responsabilidade - e se tomar decisões é assumir responsabilidade, também decorre de se ter responsabilidade" (Nunes, 2006:3). E esta decorre do compromisso profissional de cuidado humano, que antecede o pacto de cuidado concreto.

Em suma, "a responsabilidade é relativa a capacidade, a obrigação e a compromisso, direcionados para a perspetiva do agir presente e das consequências futuras" Nunes (2011:55).

4.3 – Intervenção

A Intervenção é a etapa em que se *"materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado"* Nunes, Ferrito e Ruivo (2010:23). A avaliação deve ser feita ao longo do percurso desenvolvido de forma a contribuir para a elaboração da Avaliação Final. Estas três etapas do PIS estão previstas e foram desenvolvidas neste Estágio III.

Uma vez que apesar do projeto se destinar a jovens em, situação de desemprego os pedidos de encaminhamento da equipa estiveram para além dessa população, por questões éticas e deontológicas decidimos que a Consulta de Enfermagem de Saúde Mental não se cingiria apenas a este grupo, mas também a utentes de outros escalões etários, desde que na presença de sintomatologia depressiva e de crises de ansiedade. Os adultos jovens desempregados, contudo, mantiveram-se como prioritários no encaminhamento da equipa.

Na operacionalização da consulta foi importante, a sistematização da colheita de dados, através do documento criado para esse efeito, **Instrumento de Avaliação Inicial (APÊNDICE 10)**, concretizada na criação de um **Guia de Apoio à Consulta (APÊNDICE 8)**. Na unidade de saúde, até ao momento não foi parametrizado o programa de Saúde Mental e Psiquiatria, para esse fim foi elaborado um **Padrão Documental (APÊNDICE 14)** para que pudesse elaborar o Plano de Cuidados de acordo com CIPE/SAPE (**APÊNDICE 13**).

A enfermeira para prestar cuidados de excelência, deve ter presente a importância dos registos eletrónicos de enfermagem, durante a consulta de enfermagem, para que o seu trabalho seja visível, valorizado, qualificado, individualizado e ter continuidade.

Em Maio de 2013, iniciámos o acompanhamento de um grupo de cinco pessoas, em que 3 foram encaminhadas por crises de ansiedade, 2 com sintomatologia depressiva, 2 dos clientes desempregados, referenciados pela equipa de enfermagem de SAP e uma médica de família. Com consultas regulares de 15 em 15 dias, em regime de aconselhamento de saúde mental. Posteriormente mais três clientes foram-nos referenciados.

Nas fases de crise, e como refere Slade (2011:51), " (...) *a recuperação em momentos de crise (...), (...) a abordagem orientada para a recuperação pessoal perante a crise pretende: - Prevenir crises desnecessárias; - Minimizar a perda de responsabilidade pessoal durante o período da crise; Apoiar a identidade durante e depois da crise (...)* ".

Baseando-nos no **Modelo de Recuperação Pessoal** de Slade (2011), cuja orientação tem por base quatro domínios de recuperação:- **Esperança;- Autoidentidade; - Responsabilidade pessoal;** e ter um **Sentido** na vida, dando grande ênfase à importância centrada nos relacionamentos, utilizámos também este referencial como suporte na consulta ESM.

A estrutura da consulta foi baseada nas quatro fases do Processo Interpessoal que Peplau, articuladas com a **Promoção de Esperança; o Apoiar no Desenvolvimento do Empoderamento; o Apoiar no Desenvolvimento da Motivação** (Slade, 2011), de forma a trabalhar e desenvolver a **Resiliência** do cliente.

4.4 – Avaliação

Das oito pessoas acompanhadas, no momento da realização deste relatório, encontram-se em consulta quinzenal, duas pessoas, trissemanal uma e mensais duas. Três tiveram alta, por desistência, alegando motivos pessoais.

A implementação da consulta de enfermagem em SMP, é o resultado de um longo processo construído, a partir da sistematização, planeamento e implementação, do mesmo. Em que a prática de enfermagem é direcionada essencialmente, a pessoas com perturbação mental e que procuram ajuda na UCSP.

A opinião do cliente sobre a consulta ESMP, é de extrema importância, uma vez que é o cliente quem faz a avaliação dos cuidados que lhe são prestados, sendo a sua opinião que implica ou não uma evolução e melhoria dos cuidados prestados.

Dessa forma, considerámos relevante, auscultar a satisfação dos clientes que foram acompanhados em consulta durante o estágio.

Considerado um indicador da qualidade e produtividade em enfermagem na componente resultados, a satisfação, “é um ganho em saúde sensível aos cuidados de enfermagem, pelo facto de esta resultar de uma evolução positiva ou modificação operada no estado de diagnóstico de enfermagem após as intervenções” Ordem dos Enfermeiros (2005:6).

Donabedian (1988), dedicou-se, à questão da qualidade na prestação dos serviços na área da saúde, este, defendeu que, uma vez que a partir da **monitorização do desempenho** do profissional de saúde, pretende-se melhorar a **qualidade**.

Relativamente, à **relação entre profissional de saúde e cliente**, defende que o serviço de saúde prestado com qualidade implica também a qualidade da comunicação, a capacidade do profissional de saúde em manter a confiança e em conseguir tratar o cliente com interesse, honestidade, tato, sensibilidade e empatia.

Considerando, a consulta como um sistema complexo aberto, com "entradas", interações e transformações internas, "saídas" e "efeitos" ou impactos. Podemos avaliar a qualidade na prestação de serviços de saúde, com base na trilogia - **Estrutura, Processo e Resultado**, de acordo com o quadro concetual desenvolvido por Donabedian.

Ainda do mesmo autor, este preconiza que a melhor forma de se realizar uma avaliação da qualidade de serviço prestado é utilizar um instrumento que contemple indicadores representativos das três categorias.

Para além do modelo teórico de Donabedian, foram também consultados outros já existentes, assim como, revisão da literatura, em que fazem uma avaliação dos cuidados prestados e do grau de satisfação dos clientes, na construção desse instrumento foi também tido em conta os objetivos estabelecidos para a consulta.

Assim, o instrumento criado, obedeceu à tríade:

a) **Estrutura**, os atributos dos contextos em que a prestação de cuidados de saúde mental ocorre (acessibilidade, disponibilidade de serviços, custos, aspetos burocráticos, tempo de espera, quantidade, frequência e duração de serviço, adequação

dos serviços recebidos de acordo com as necessidades do cliente ou família e estruturas físicas do meio envolvente);

b) **Processo**, o que está efetivamente feito na prestação de serviços em cuidados de saúde mental (prestação de cuidados com respeito e suporte, competência, cooperação entre o enfermeira e utente, continuidade e coordenação da prestação de cuidados, informação e quantidade de informação fornecida pelo enfermeira);

c) **Resultado**, os efeitos da prestação de serviços em cuidados de saúde mental no cliente, pode ser entendido como a eficácia e efetividade do serviço.

Donabedian (1988)

O **questionário de satisfação (APÊNDICE 12)** elaborado para avaliação da consulta de ESMP, encontra-se dividido em **duas partes: 1ª - Parte**, retrata as dimensões **Sociodemográficas** são avaliadas pelos indicadores [1 a 6] (APÊNDICE 7); as dimensões da **Consulta** são avaliadas pelos indicadores [7 a 11]; a dimensão da Satisfação Geral é avaliada pelo indicador **12**.

A **2ª - Parte** do questionário, visa medir o grau de Satisfação relativamente aos diferentes aspetos da consulta e de interação enfermeira/cliente, referente à consulta de ESMP.

É um instrumento constituído por **14 itens**, com escala de respostas tipo **Likert** entre o "**Muito insatisfeito**"(1), "**Insatisfeito**"(2), "**Indiferente**"(3), "**Satisfeito**"(4), "**Muito Satisfeito**"(5). A classificação foi considerada na escala de **1 a 5**, e atribuída para que **1** correspondesse ao "**Muito insatisfeito**", até **5** que corresponde ao "**Muito satisfeito**".

Este modelo teórico de Donabedian foi utilizado, de base à construção deste questionário, uma vez que este permite avaliar a satisfação com a qualidade em três dimensões (estrutura, processo e resultado). Assim, a dimensão **Estrutura** é avaliada pelos indicadores **1; 2; 14**, a dimensão **Processo** é avaliada pelos indicadores [3 a 8], e a dimensão **Resultado** é avaliada pelos indicadores [9 a 13].

Que correspondem efetivamente:

Para a dimensão **Estrutura**, em que avalia essencialmente em que contexto é realizada a consulta, foram criadas as preposições:

"Pontualidade e assiduidade da enfermeira".

"Informações fornecidas no 1º contato entre enfermeira-cliente".

"Condições gerais do gabinete (aspeto, conforto, privacidade) ".

Para a dimensão **Processo**, que diz respeito à competência da enfermeira, à resolução dos problemas do cliente, entre outras, foram criadas as preposições:

"Apoio dado pela enfermeira".

"Compreensão demonstrada pela enfermeira sobre as suas preocupações".

"Interesse demonstrado pelos seus problemas".

"Linguagem utilizada pela enfermeira".

"Intervenções e estratégias adotadas pela enfermeira".

"Competência e preparação da enfermeira".

Para a dimensão **Resultado**, avalia a eficácia e a efetividade da resolução dos problemas dos clientes, foram criadas as preposições:

"Resolução dos problemas, que o levou a procurar ajuda".

"E relativamente a outros problemas que surgiram no decorrer do processo".

"Às mudanças na sua vida, influenciada (s) pela (s) consulta (s) de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica".

"Progressos sentidos ao longo do processo".

"Relativamente á forma de lidar com os problemas e as preocupações do dia - a - dia".

Optou-se por realização de questões fechadas, por facilitarem o tratamento estatístico das respostas e à clareza de interpretação. Foi deixado um espaço de questão aberta, para que desta forma o cliente, possa exprimir por palavras suas, tudo o que desejar, desde sugestão, crítica ou outro comentário.

As instruções para preenchimento do questionário tiveram que ser obrigatoriamente por escrito, pela sua operacionalização, mas elaboradas de acordo com sugestões referidas por Moreira (2004). Foram tomadas as devidas precauções no tipo de letra (legível e tamanho adequado).

Para a recolha de dados e antes da entrega do questionário á população alvo, houve necessidade de realização de um pré-teste, que consistiu na entrega de 3 questionários a três clientes da UCSP enquanto aguardavam pela consulta médica, verificou-se e procedeu-se a alguns ajustes. Este pré-teste serviu para verificar a clareza e a objetividade do instrumento construído, Fortin (1999).

Após a recolha procedeu-se à análise dos resultados obtidos dos 8 clientes, em consulta.

Verificou-se que os clientes acompanhados em consulta de ESMP, manifestam elevado grau de satisfação, o que significa que na maioria das proposições a opção de

resposta variou entre o Satisfeito (a) e Muito Satisfeito (a). É de salientar que apenas houve uma resposta na proposição do Insatisfeito (a), referente ao espaço físico e ergonómico da consulta. Existiram também algumas respostas de Indiferente e Sem resposta.

Relativamente à análise de **Satisfação Global por Dimensões**, apurou-se que a **DIMENSÃO** que obteve maior grau de satisfação foi referente ao **PROCESSO**, está efetivamente relacionado com a prestação de serviços em cuidados de saúde mental, como se observa no **Gráfico 5**.

Efetivamente, a avaliação que confere maior grau de Satisfação, está relacionada com a competência do técnico, coordenação e condução de todo o processo, assim como, a relação estabelecida com o cliente. O que nos leva a concluir que, o processo terapêutico aplicado foi o indicado e que se obteve bons resultados, em relação às necessidades sentidas pelos clientes, que procuram ajuda.

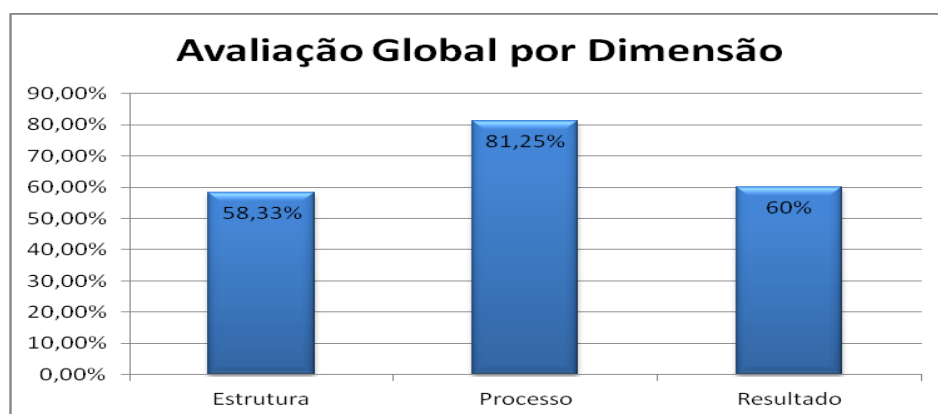


GRÁFICO 5 - Satisfação Global por Dimensões

Passando à análise de cada uma das dimensões avaliadas, verifica-se que na **Dimensão Estrutura** (contexto em que a prestação de cuidados de saúde mental ocorre), em que as proposições analisadas foram:

- ✓ 1) Pontualidade e Assiduidade da enfermeira;
- ✓ 2) Informações fornecidas no 1º contato entre Enfermeira-Cliente;
- ✓ 14) Condições gerais do gabinete (aspeto, conforto, privacidade).

No caso da 1ª proposição, os inquiridos que responderam **Muito Satisfeito(a)** foi de **75%**, e **25% Satisfeito (a)**, tal como se pode verificar no **Gráfico 6**. E, na segunda proposição **62,5%** afirmaram estar **Muito Satisfeito (a)** e **37,5% Satisfeito (a)**, como

se pode ver no **Gráfico 7**. Relativamente à última proposição desta Dimensão, verificou-se que **37,5%** dos inquiridos responderam **Muito Satisfeito (a)**, e a mesma percentagem para **Satisfeito**. Inclusivamente, foi nesta proposição que houve um inquirido que respondeu **Insatisfeito (a)**, gráfico 8.

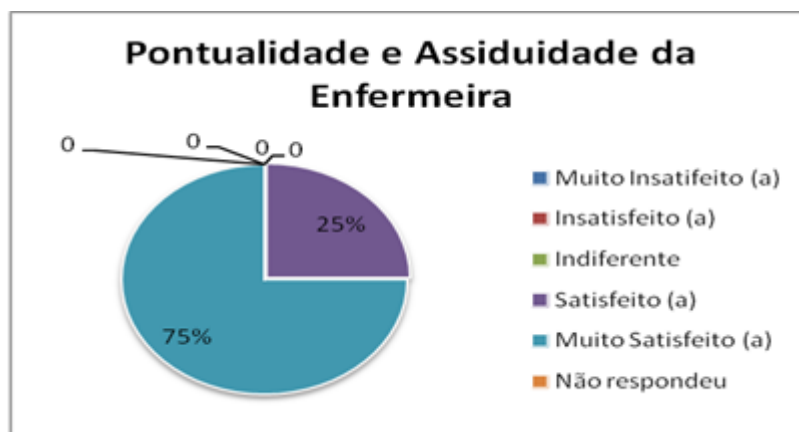


GRÁFICO 6 - Resultado Percentual da Proposição Pontualidade Assiduidade da Enfermeira

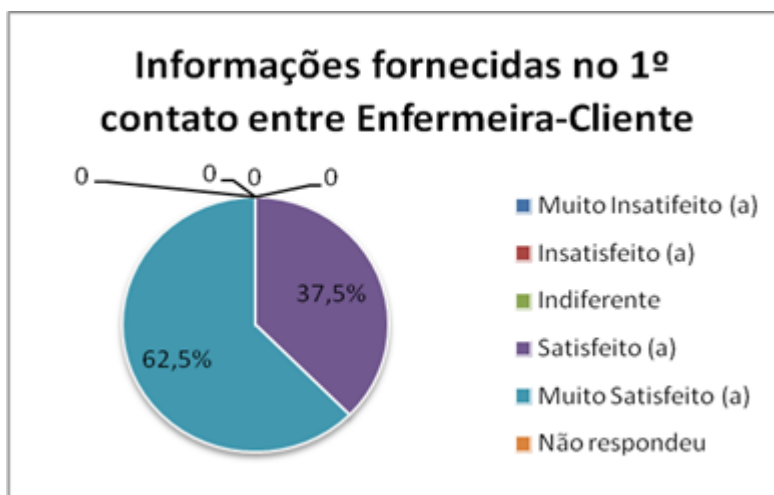


GRÁFICO 7 - Resultado Percentual da Proposição Informações Fornecidas no 1º Contato entre Enfermeira-Cliente

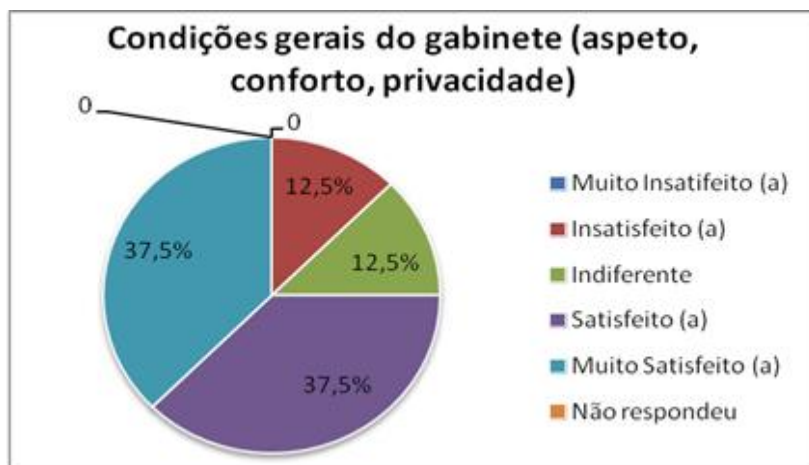


GRÁFICO 8 - Resultado Percentual da Proposição Condições gerais do gabinete (aspeto, conforto, privacidade)

Em termos globais esta Dimensão (**Estrutura**) obteve **58,33%** de respostas **Muito Satisfeito (a)** e **33,33%** no indicador **Satisfeito (a)**, como se pode ver no **Gráfico 9**.

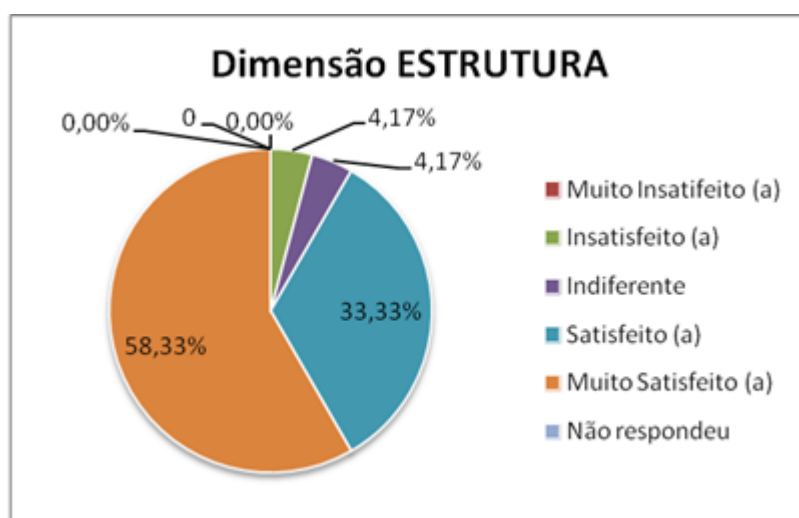


GRÁFICO 9 - Resultado Percentual Global da Dimensão Estrutura

Este resultado reflete um dos objetivos da consulta de ESMP, uma vez que pretende dar resposta ao acesso à consulta, a disponibilidade dos serviços, custos, tempo de espera, estrutura física do gabinete. Dos resultados obtidos, verificou-se a necessidade de alterar o local físico de atendimento, procurando proporcionar um melhor conforto, bem-estar, e maior comobilidade ao cliente, uma vez que houve respostas de insatisfação e indiferente. O cliente sentir-se bem acomodado, e confortável irá proporcionar uma maior e melhor recetividade à resolução dos seus problemas. Consideraram que o gabinete era pouco acolhedor, com pouca privacidade

Quanto à Dimensão **PROCESSO**, a qual está relacionada com a prestação de cuidados com respeito e suporte, competência, cooperação entre a enfermeira e cliente, continuidade e coordenação da prestação de cuidados, informação e quantidade de informação fornecida pela enfermeira, e engloba as proposições:

- ✓ 3) Apoio dado pela enfermeira;
- ✓ 4) Compreensão demonstrada pela enfermeira sobre as suas preocupações;
- ✓ 5) Interesse demonstrado pela enfermeira relativamente aos seus problemas;
- ✓ 6) Linguagem utilizada pela enfermeira;
- ✓ 7) Intervenções e estratégias adotadas pela enfermeira;
- ✓ 8) Competência e preparação da enfermeira.

Apurou-se que na 3ª proposição (Apoio dado pela enfermeira), **87,5%** respondeu estar **Muito Satisfeito (a)** e **12,5%** **Satisfeito (a)**, como mostra o **Gráfico 10**. Mais uma vez não se verificaram respostas de **Muito Insatisfeito**, **Insatisfeito** ou **Indiferente**.

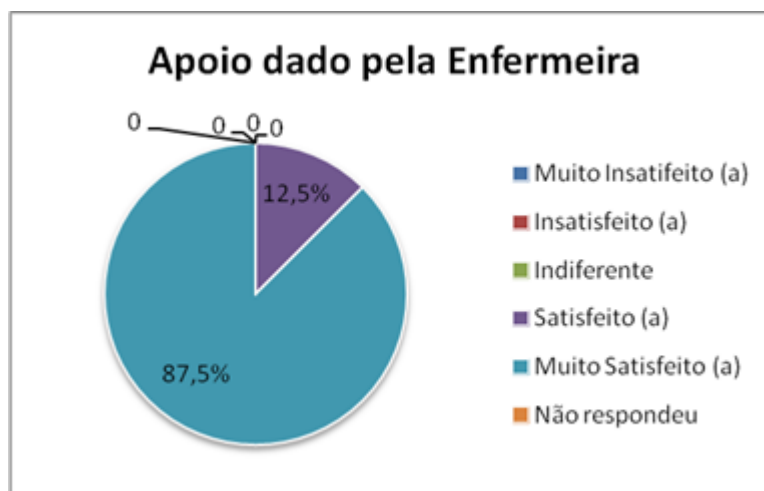


GRÁFICO 10 - Resultado Percentual da Proposição Apoio dado pela Enfermeira

Na avaliação da **Proposição 4**, após a avaliação verificou-se que **87,5%** responderam **Muito Satisfeito (a)** e **12,5%** **Satisfeito (a)**, tal como confirma o **Gráfico 11**.

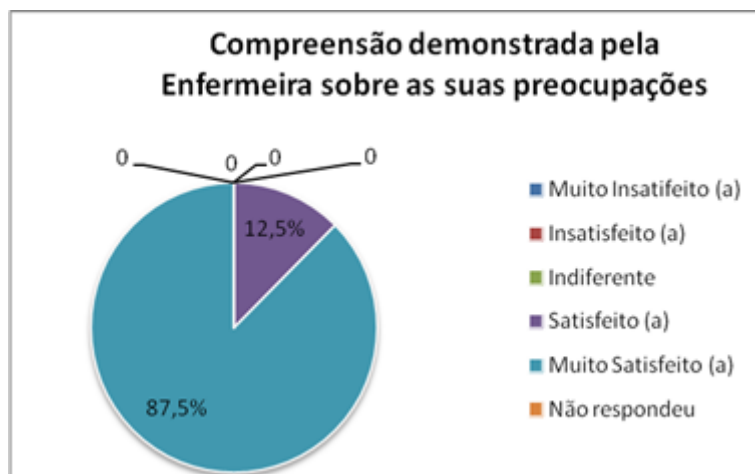


GRÁFICO 11- Resultado Percentual da Proposição Compreensão demonstrada pela Enfermeira sobre as suas preocupações

Em relação, à **Proposição 5**, foi apurado que **87,5%** dos inquiridos responderam **Muito Satisfeito (a)**, e **12,5%** **Satisfeito(a)**. Não existiram respostas referentes aos restantes indicadores, sendo a sua avaliação de 0%. Como é mostrado no **Gráfico 12**.



GRÁFICO 12 - Resultado Percentual da Proposição Interesse demonstrado pela Enfermeira relativamente aos seus problemas

Na **Proposição 6**, da avaliação efetuada verificou-se que **75%** responderam estar **Muito Satisfeito (a)**, e **25%** dos inquiridos responderam **Satisfeito (a)**. Mais uma vez não existiram respostas para os restantes indicadores. Ver **Gráfico 13**.

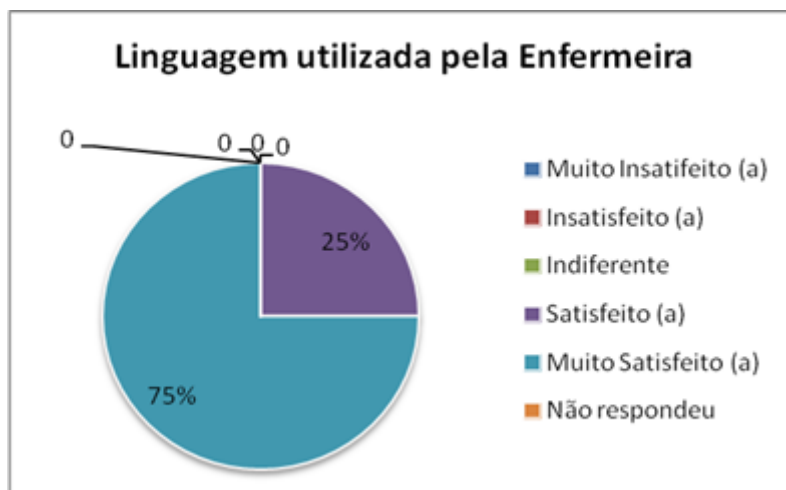


GRÁFICO 13 - Resultado Percentual da Proposição Linguagem utilizada pela Enfermeira

Relativamente às **Proposições 7 e 8**, em ambas **75%** dos inquiridos responderam **Muito Satisfeito (a)**, e **25%** responderam estar **Satisfeito (a)**. Sendo os restantes de **0%**. Como se pode verificar, nos **Gráficos 14 e 15**.

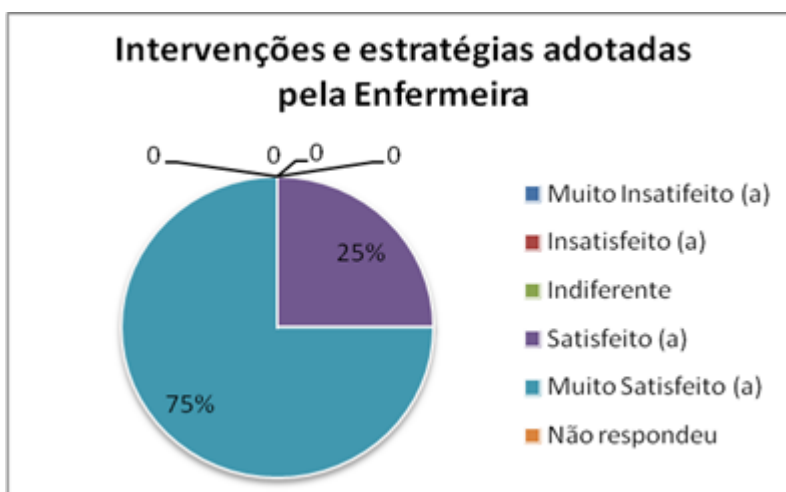


GRÁFICO 14 - Resultado Percentual da Proposição Intervenções e Estratégias adotadas pela Enfermeira

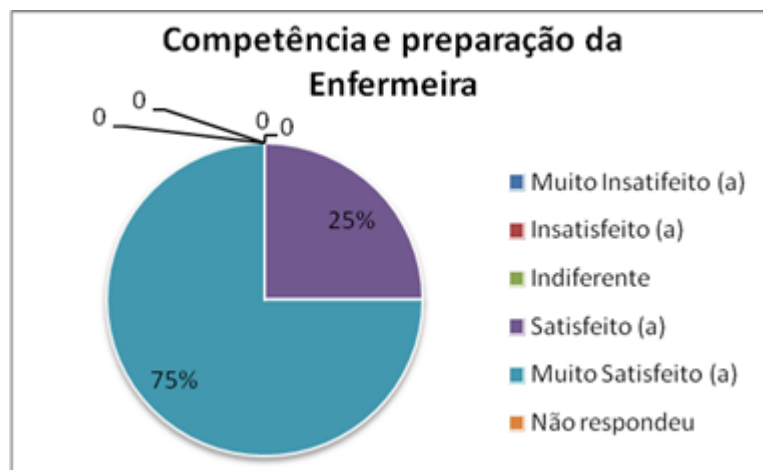


GRÁFICO 15 - Resultado Percentual da Proposição Competência e Preparação da Enfermeira

Em termos globais esta Dimensão (**Processo**) obteve **81,25%** de respostas **Muito Satisfeito (a)** e **18,75%** no indicador **Satisfeito (a)**, como se pode ver no **Gráfico 16**.

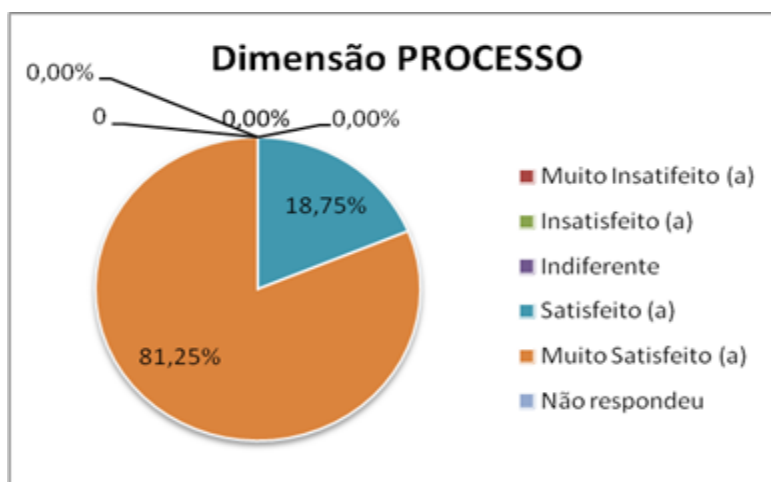


GRÁFICO 16 - Resultado Percentual Global da Dimensão Processo

Durante a consulta ESMP, a relação terapêutica que é estabelecida entre a enfermeira-cliente é um pilar importante na estruturação da consulta de enfermagem e fundamental para a continuidade do projeto terapêutico. Esta dimensão que está diretamente ligada à competência da enfermeira, e todo o processo terapêutico, em que o objetivo dos cuidados de enfermagem prestados, são ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o na recuperação da sua capacidade funcional o mais rapidamente possível. Nesta dimensão verificou-se a grande satisfação dos clientes. A relação terapêutica estabelecida, revelou ser um fator de primordial para a recuperação da saúde mental do cliente.

Quanto à Dimensão **RESULTADO**, que resulta dos efeitos da prestação de serviços em cuidados de saúde mental no cliente, pode ser entendido como a eficácia e efetividade do serviço, e engloba as proposições:

- ✓ 9) Resolução dos problemas, que o levou a procurar ajuda;
- ✓ 10) E relativamente a outros problemas que surgiram no decorrer do processo;
- ✓ 11) Às mudanças na sua vida, influenciada pelas consultas de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria;
- ✓ 12) Progressos ao longo do processo;
- ✓ 13) A forma de lidar com os problemas e as preocupações do dia-a-dia.

Os inquiridos na **Proposição 9**, responderam **62,5%** no **Muito Satisfeito (a)** e **37,5%** no indicador **Satisfeito (a)**, não se obteve respostas nos indicadores Indiferente, Insatisfeito (a) e Muito Insatisfeito (a). Como se pode verificar no **Gráfico 17**.



GRÁFICO 17 - Resultado Percentual da Proposição Resolução dos problemas, que o levou a procura ajuda

Em relação, à **Proposição 10**, foi apurado que **62,5%** dos inquiridos responderam **Muito Satisfeito (a)**, **25%** **Satisfeito(a)** e **12,5%** **Não responderam**. Não existiram respostas referentes aos restantes indicadores, sendo a sua avaliação de 0%. Como é mostrado no **Gráfico 18**.

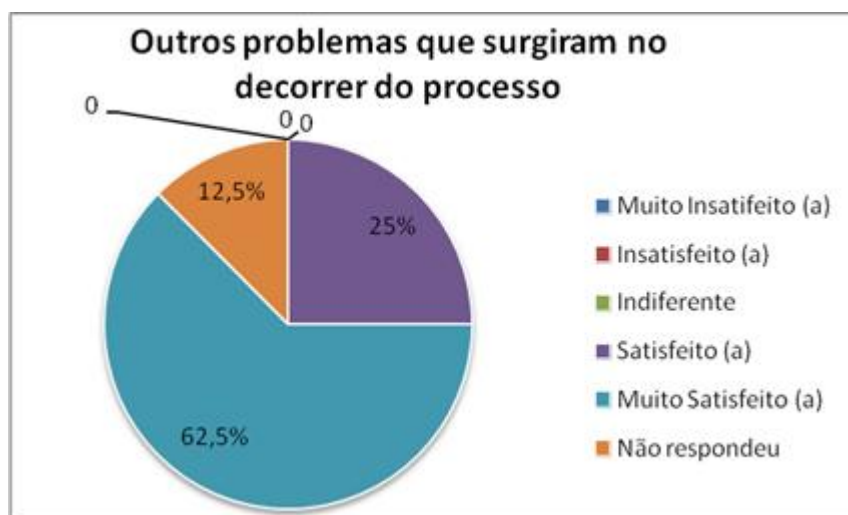


GRÁFICO 18 - Resultado Percentual da Proposição Outros problemas que surgiram no decorrer do processo

No caso da **11ª Proposição**, os inquiridos que responderam **Muito Satisfeito(a)** foi de **62,5%**, e **37,5%** **Satisfeito (a)**, tal como se pode verificar no **Gráfico 19**. Na **Proposição 12** **62,5%** afirmaram estar **Muito Satisfeito (a)** e **37,5%** **Satisfeito (a)**, como se pode ver no **Gráfico 20**. Relativamente à **13ª e última Proposição** desta Dimensão, verificou-se que **50%** dos inquiridos responderam **Muito Satisfeito (a)**, e a mesma percentagem para **Satisfeito (a)**. Inclusivamente, nos restantes indicadores de todas as proposições avaliadas, foram de **0%**. Tal como se verifica no **Gráfico 21**.

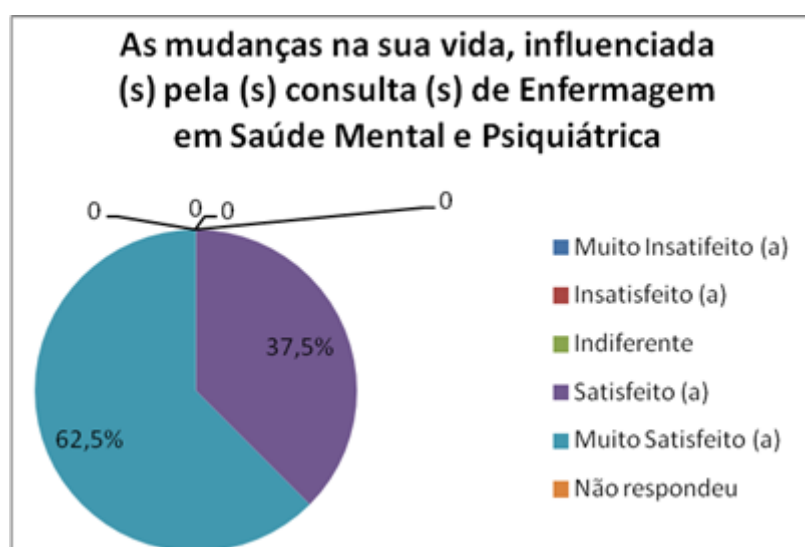


GRÁFICO 19 - Resultado Percentual da Proposição as Mudanças na sua vida, influenciada (s) pela (s) consulta (s) de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica

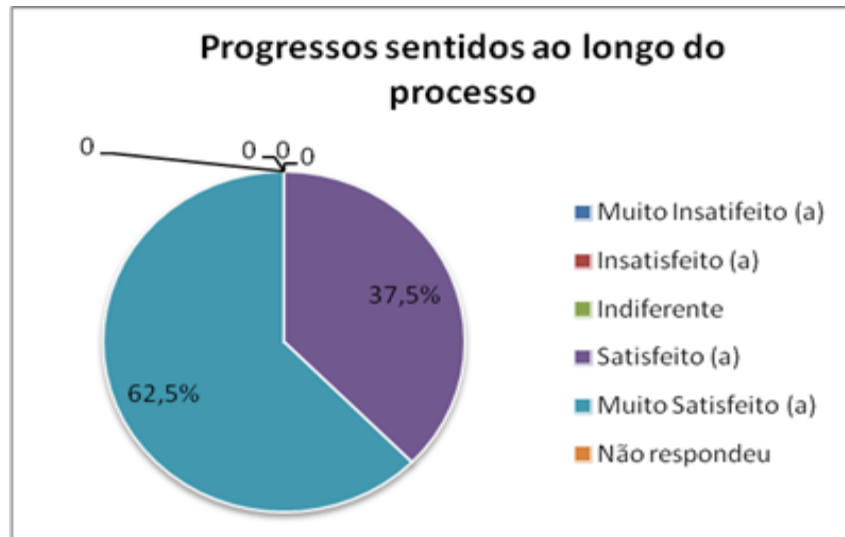


GRÁFICO 20 - Resultado Percentual da Proposição Progressos sentidos ao longo do processo.

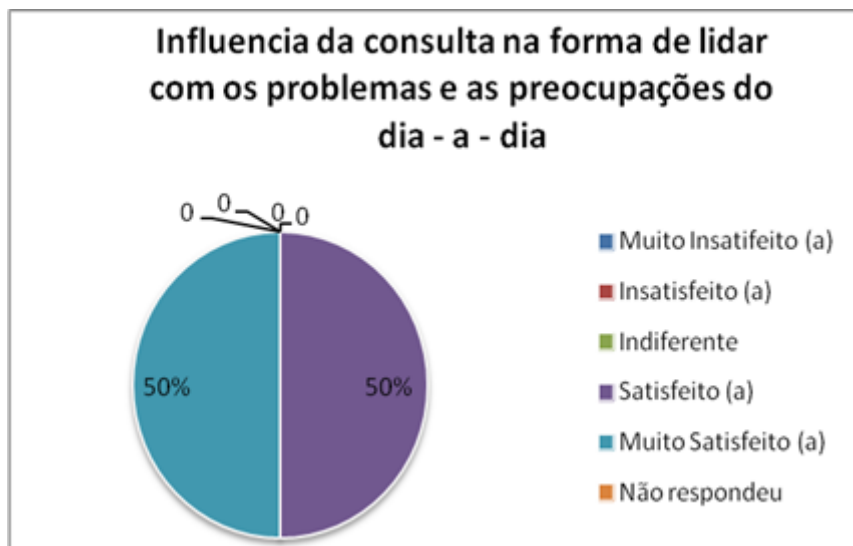


GRÁFICO 21 - Resultado Percentual da Proposição Influencia da consulta na forma de lidar com os problemas e as preocupações do dia-a-dia.

Em termos globais esta Dimensão (**Resultado**) obteve **81,25%** de respostas **Muito Satisfeito (a)** e **18,75%** no indicador **Satisfeito (a)**, como se pode ver no Gráfico 22.

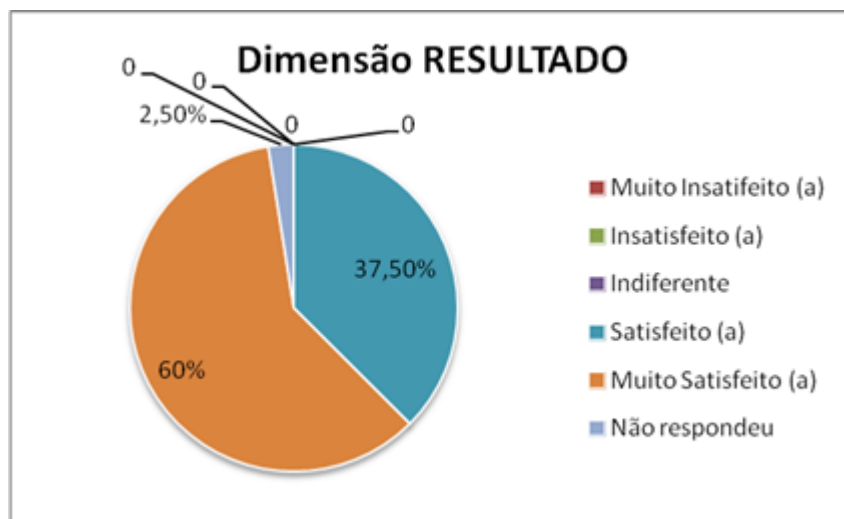


GRÁFICO 22 - Resultado Percentual Global da Dimensão Resultado

Este resultado reflete, essencialmente os efeitos da prestação de cuidados em saúde mental no cliente, relativamente à eficácia e eficiência, verificou-se que na maioria dos casos o processo terapêutico implementado teve boa resolução. Penso que nesta dimensão é importante na utilidade dada ao processo terapêutico, no estabelecimento dos objetivos a atingir. Embora, nesta dimensão as proposições não sejam fáceis de se efetuar uma avaliação, porque os resultados não são visíveis a curto prazo.



GRÁFICO 23 - Resultado Percentual da Recomendação da Consulta

Na proposição de recomendação da consulta, as respostas foram de 100%, segundo os dados de avaliação todos os que responderam ao questionário

recomendariam a consulta, o que revela o enorme grau de satisfação e o desejo da continuidade de mesma.

Como se pode concluir que apenas houve uma proposição em que se verificou que o cliente estava insatisfeito, relativamente à estrutura física do gabinete, verificando-se efetivamente que os restantes resultados apresentados variam entre *muito satisfeito* e *satisfeito*.

Na resposta aberta que consta no questionário, é solicitado ao cliente que elabore uma crítica ou uma sugestão relativamente à consulta, com o objetivo de melhorar a qualidade da consulta, apenas um cliente registou o seu comentário, pelo que não foi realizada análise; passo a transcrever " (...) *Consulta a manter, porque infelizmente cada vez as pessoas precisam mais de ajuda a levar a vida para a frente. Passei uma fase muito má, ultrapassei e pouco e pouco vou fazendo a minha vida com a minha família. Obrigado*" SIC [Q2].

Sem dúvida que a relação terapêutica, foi a base de sustento das intervenções implementadas na consulta.

Pensamos que a reflexão sistemática realizada sobre o conhecimento, conceitos aplicados, foram excelentes contributos, para a complexidade dos cuidados prestados na consulta.

No final, a justificação do projeto foi enviado assim como os resultados da avaliação do mesmo, embora mais posteriormente, para o Enfermeiro Diretor do ACES para devida aprovação e autorização de marcação de consulta na agenda SINUS, após dado conhecimento e previa autorização do conselho de administração do ACES.

4.5 – Divulgação de Resultados

A divulgação da evolução do projeto junto da equipa do ACES ocorreu na fase de planeamento, com a apresentação dos resultados obtidos no diagnóstico de situação e na apresentação da proposta de resposta institucional (a criação da Consulta de Enfermagem de Saúde Mental), bem como no final do projeto, com a divulgação dos resultados da avaliação.

Adicionalmente, a divulgação do projeto é feita sobre a forma de uma proposta de artigo (**APÊNDICE 1**), bem como nas provas públicas a que este relatório se destina.

PARTE 2 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

“ *Cuidar é um ato de vida* “. Collière (1989:235)

Para esta autora, cuidar pode ser visto como um processo, composto por vários fatores: Cognitivos, morais e emocionais. É parte integrante de vários saberes, saberes esses que precisam ser transformados em competências, para que cuidar do outro seja um ato único e específico da profissão de enfermagem.

O cuidar tem uma especificidade que obriga o profissional a desenvolver capacidades de forma a dar resposta com competência, às necessidades que estão implícitas no cuidar.

A profissão de enfermagem implica o desenvolvimento de competências profissionais, isto porque, existe uma ínfima ligação entre competências e o exercício profissional.

Para Gonçalves e Serrano (2005), o exercício da profissão de enfermagem a experiência é vista como uma referência no campo dos saberes, a formação intervém no campo da reflexão crítica sobre as práticas, que no seu conjunto refletem-se na organização do trabalho de enfermagem.

Assim, e como diz Le Boterf (1997), estamos no domínio de competência em que se é exigido espontaneidade na integração, saber mobilizar e transformar os recursos existentes, conhecimentos, saberes e atitudes, para se conseguir resolver problemas e executar tarefas.

Podemos definir como **Competência** o "*nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar*" Ordem dos Enfermeiros (2003:16).

Para Collière (1999:287), o campo de competência da enfermagem, "*(...) situa-se, verdadeiramente na encruzilhada de um tríptico que tem como ponto de impacto o que respeito aos que a cercam e ao seu meio*".

E como domínio de competência, reforçando Le Boterf, a Ordem dos Enfermeiros (2009:11) “ *(...) Como uma esfera de ação compreende um conjunto de competências como linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados (...)* ”

Assim, competência em enfermagem é um alicerce básico para se compreender o que é indispensável na procura dos melhores processos para a manutenção da vida.

Para Le Boterf (1994), um profissional competente é o que exerce com profissionalismo, organizando trabalho, e mobilizando recursos e relações interpessoais, onde lhe é exigida responsabilidade pelos seus atos.

Em Portugal todos os enfermeiros que prestam cuidados, devem enquadrar o que está estabelecido pela Ordem dos enfermeiros, uma vez que é essa a entidade que tem “*orientar a profissão, garantindo a prossecução do inerente interesse público e a dignidade do exercício da enfermagem*” (Preâmbulo do Decreto-Lei nº104/98).

O Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, que regulamenta o exercício profissional dos enfermeiros, citado pela Ordem dos enfermeiros (OE) (2003), refere: A enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital e aos grupos sociais em que ele está integrado, para que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010:2), Enfermeiro “*Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção*”.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP): Compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais. Ordem dos Enfermeiros (2010)

A enfermagem de saúde mental (ESM), segundo a OE (2010), foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental.

Pretende-se que um Mestre em Enfermagem, detenha um conhecimento aprofundado na sua área de especialidade, tendo em conta à forma como humanamente responde aos processos de vida e aos problemas de saúde, que saiba demonstrar e provar níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão, traduzidas em competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção. (*Guia do 1º Semestre do 2º Curso de Mestrado em Saúde Mental e Psiquiatria, 2011:7*).

Desenvolvimento de competências segundo Benner

Na construção de saberes do desenvolvimento profissional, a experiência de vida, a formação ao longo da vida e a aprendizagem organizacional, intervém no processo de aquisição de saberes profissionais e no desenvolvimento de competências.

Desse modo, o **modelo de Dreyfus** estabelece que para a aquisição e no desenvolvimento de competências, o formando tem necessariamente que passar por 5 níveis de proficiência: **Iniciado, Iniciado avançado, competente, proficiente e perito.**

Na enfermagem, a aquisição de competências é desenvolvida neste sentido, daí que é importante abordarmos o modelo de desenvolvimento de competências.

Segundo Benner (2001:49), os estados de desenvolvimento de competência são:

- ✓ Estado 1 – **Iniciado**: Sem experiência com as situações que se lhe apresentam. São lhes apresentadas as regras, os objetivos, de forma a orientar a sua prática. É neste nível que se encontram os estudantes de enfermagem e os enfermeiros (recém-formados ou já com anos de experiência), que integram num novo serviço;
- ✓ Estado 2 – **Iniciado Avançado**: Uma vez que já são conhecedoras de situações reais, apresentam um comportamento aceitável, uma vez que conseguem realizar avaliações e retirar resultados significativos e que reproduzem em situações idênticas; para evitar necessidades negligenciadas das pessoas o seu trabalho deve ser verificado;
- ✓ Estado 3 – **Competente**: Consegue estabelecer um plano quer de situações imprevistas como a longo prazo, com implementação de objetivos bem delineados, é previsto para enfermeiros que trabalhem há 2 ou 3 anos no mesmo serviço;
- ✓ Estado 4 – **Proficiente**: “ (...) *A enfermeira proficiente aprende pela experiência quais os acontecimentos típicos que pode acontecer numa situação, e como se pode reconhecer que o que era previsto não se vai concretizar (...)* “. Sabe avaliar as situações estabelecendo prioridades, já tem a experiência suficiente para reconhecer as situações que exigem uma resposta mais rápida e eficaz, que outras;
- ✓ Estado 5 – **Perito**: “ (...) *A perita, que tem uma enorme experiência, compreende, agora de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis (...)* “. Atua de acordo com um conhecimento profundo de toda a situação.

1 – Como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Como já foi referido, na definição de competências, e como descrito pela ordem dos enfermeiros (2011) “ *aprofundar-se a capacidade para conceber cuidados de enfermagem especializados, refletindo sobre a natureza própria do domínio da enfermagem geral e especializada, para que o enfermeiro especialista desenvolva progressivamente uma prática de cuidados cada vez mais proficiente, desenvolva de forma continuada as suas competências para proceder a uma supervisão clínica eficaz e para otimizar as relações com os clientes no sentido da máxima obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem*”.

No primeiro semestre e como está contemplado no plano de estudos deste Mestrado, foi essencialmente a aquisição de conhecimentos ao nível, do que está referenciado como competências comuns dos Enfermeiros Especialistas. Foi empregue na prática grande parte da teoria aprendida durante esse tempo, ao nível do primeiro estágio.

Relativamente às competências comuns dos enfermeiros especialistas, a OE (2010:3) preconiza que “ (...) *São as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (...)* ”;

E, como competências específicas a OE (2010:3) “ (...) *São as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (...)* ”.

A ordem dos Enfermeiros preconiza, que sejam realizados dois estágios específicos: prática clínica na comunidade e contexto hospitalar (serviço de psiquiatria), assim, o projeto de aprendizagem de competências a desenvolver-se divide-se em duas fases estágio I (primeira fase) e os estágios II e III (segunda fase).

O primeiro estágio, em prática clínica na comunidade, onde se iniciou a elaboração do Projeto de Intervenção no Serviço, baseou-se essencialmente na fase do Diagnóstico de Situação, uma fase crucial para a implementação do projeto.

O segundo estágio, foi realizado uma parte ao nível hospitalar onde desenvolveu competências específicas do EESMP.

Ensino clínico ou estágio, é para Martin (1991:162), “ (...) *um tempo de trabalho, de observação, de aprendizagem e de avaliação, em que se promove o encontro entre o professor e o aluno num contexto de trabalho*”. Para Vasconcelos (1992:28) “ (...) *os estágios destinam-se a complementar a formação teórico-prática, nas condições concretas do posto de trabalho de uma organização que se compromete a facultar a informação em condições para isso necessário*”.

O desenvolvimento de capacidades durante o ensino clínico “ (...) *permite a consciencialização gradual dos diferentes papéis que o enfermeiro é chamado a desenvolver e das competências requeridas para o seu desempenho* (...) ” Matos, (1997:9).

Martin (1991:162) ao referir que “ (...) *Permite ao estagiário desenvolver a sua identidade profissional, apreender o seu próprio modo de aprendizagem ou a lançar as bases necessárias à construção dos seus conhecimentos profissionais* (...) ”.

Relativamente às competências específicas de enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria que foram desenvolvidas:

Competência I

F1 - Detém um elevado conhecimento de si, enquanto pessoa e enfermeiro, mercê das vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal. OE (2010)

A OE (2010) descreve: A capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, mediante a vivência de técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas, é central para a prática de enfermagem de saúde mental, visto que, ao interferir na capacidade para estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas condiciona os resultados esperados.

O EESMP demonstra consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e as diversas intervenções que programa com a pessoa. A consciência de si procura realçar os valores e proporcionar as condições necessárias para aumentar, a intimidade enfermeiro-pessoa e valoriza o aqui e agora, como refere a OE (2010).

Segundo a OE (2010) o EESMP, “gere os fenómenos de transferência e contratransferência, impasses ou resistências e o impacto de si próprio na relação terapêutica”. Ao ter consciência de todos estes processos, o EESMP mantém o contexto

e limites da relação profissional, de forma a manter, a integridade do processo terapêutico, conforme preconiza a OE (2010).

A relação de ajuda que se desenvolve, consiste auxiliar a pessoa a libertar-se de certas adversidades que o impedem de reconhecer a sua forma de estar no mundo.

Estas adversidades são consideradas como as: emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais, que interferem não só na forma de estar do cliente, como inclusive na relação terapêutica.

Como refere Rispail (2002:31) “ (...) *Aprender a conhecer, reconhecer as nossas emoções, as suas manifestações, escrever, descrever o que nos sobressalta ou nos aterroriza é certamente progredir no conhecimento e no autodomínio (...)* ”.

Ainda a mesma autora refere, que o desenvolvimento pessoal é resultado da ambição que a pessoa tem em conhecer-se melhor, evoluir, ultrapassar obstáculos, sendo como grande objetivo o comunicar melhor, através das relações pessoais e profissionais satisfatórias. Rispail (2002)

Ao adquirir mais consciência de si, enquanto decorre o processo de ajuda, o cliente passa a ter um papel ativo na relação terapêutica e o evoluir desta relação, deparamo-nos com atitudes de transferência e contratransferência.

A transferência, segundo Freud (1969:166) “ (...) *é apenas um fragmento de repetição e que a repetição é uma transferência do passado esquecido (...) para todos os aspetos da situação atual (...)* ”

Para Gori (2002:78) “ (...) *por meio de transferência é forjado num lugar intermediário entre a vida real e um ensaio de vida, para que o drama humano possa ter um desfecho (...)* ”.

Patterson & Eisenberg (1988) referem que, o fenómeno da transferência ocorre na maioria dos casos de relutância inicial do cliente e também que, a transferência é a projeção das atitudes não resolvidas do cliente - passadas ou presentes – para com figuras de autoridade e objetos de afeto, em figuras de autoridade recentemente identificadas.

A transferência positiva, o cliente sente-se seguro numa situação hostil, uma vez que o mesmo deposita a sua confiança no terapeuta, este efeito é benéfico na relação terapêutica, no entanto quando esta transferência se transforma em algo negativo, pode fracassar toda a aliança terapêutica até aqui adquirida.

Nesta competência devo dizer que no início da implementação do PIS, não foi fácil, refleti muito sobre mim, sobre a minha história de vida, realizei pesquisa

bibliográfica de acordo com o *"ter consciência de si"*, ajudou o fato de ter trabalhado esta competência durante a realização do Complemento Formação em Enfermagem, uma vez que se tornou mais fácil esta interiorização e consigo mais facilmente compreender e ajustar-me nos fenómenos da transferência e contra transferência, ao ter proporcionado um maior conhecimento de mim, maior é a consciência da minha ação sobre o outro.

As múltiplas oportunidades de aperfeiçoamento do nosso autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, esteve presente em todo curso de especialidade em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, uma vez que o processo formativo é inerente ao desenvolvimento da profissão.

O módulo “Narrativas de vida” desenvolvido em devolveu-nos ao tempo presente aspetos marcantes da nossa experiência de vida, através do exercício de (des) construção das nossas histórias de vida relacionadas com a saúde, doença e os cuidados, consciencializa-nos para a realidade das nossas experiências, esta forma dá-nos um outro “olhar” sobre o que nos é dito durante a consulta.

O fato de nos colocarmos perante os outros, adotando uma postura de disponibilidade, partilha e aprendizagem, o desejo de crescimento enquanto pessoa e enfermeira, exigiu de mim uma capacidade de utilização de um conjunto de exigências e saberes, que adquiri ao longo do meu percurso académico e profissional. E, o facto de ter supervisão dos casos clínicos, colaborou na forma de gerir as emoções e os processos de transferência e contratransferência.

Consegui alcançar e melhora algumas das minhas capacidades como a melhoria da minha resiliência perante algumas situações da minha vida pessoal e profissional; consigo controlar melhor as minhas emoções e aumentei a minha tolerância à frustração; reconheço melhor os meus limites, e tenho maior tolerância para certas situações que surgem no dia-a-dia.

Competência II

F2 - Assiste, a pessoa, ao longo da vida, família e comunidade, na otimização da saúde mental. Esta competência é descrita, segundo a OE (2010), através da recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado da pessoa e avaliação dos sistemas relevantes, avaliando a repercussão para a saúde mental da interface entre o indivíduo, família, grupos, comunidade, e outros.

Como unidade de competência OE (2010) refere que o EESMP executa uma avaliação das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, avaliando a repercussão para a saúde mental da interface a pessoa, a sua família e todos os sistemas que a rodeiam, assim como executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história da saúde mental da pessoa.

A OE (2010) refere ainda que o EESMP avalia os fatores promotores e protetores do bem-estar e saúde mental, executa também uma avaliação das capacidades internas da pessoa e os recursos externos para manter e recuperar a sua saúde mental, avaliando o impacto que esse problema tem na qualidade de vida da pessoa com ênfase na funcionalidade e autonomia.

Prestar cuidados de âmbito psicossocial e psicoeducacional à pessoa/família/cuidador ou comunidade com necessidades em saúde mental, fortalecendo competências que a OE define como fundamentais no perfil do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

O trabalho realizado, com a aplicação da técnica de entrevista, técnicas de análise e interpretação de registos e dados estatísticos, a mobilização de competências comunicacionais nos diversos contextos sociais e culturais do indivíduo e família, principalmente ao nível da avaliação das necessidades em saúde e conhecimento, e descrição da história de saúde mental.

Chalifour (2009:59) a entrevista é fulcral na construção da relação de ajuda, aqui o enfermeiro deve ser capaz de: *“compreender o problema nos termos em que ele se coloca para aquele indivíduo singular na sua existência singular”* e *“ajudar o cliente a evoluir pessoalmente no sentido da sua melhor adaptação social”*.

A avaliação realizada do impacto que a ansiedade e a depressão têm na vida pessoal, social e familiar do cliente, permitiu-nos implementar as intervenções necessárias e adequadas a cada situação em particular, que se observou e avaliou posteriormente nos benefícios e melhorias desenvolvidos pelos indivíduos no programa de ajuda terapêutica, assim, como o apoio dado aos familiares/cuidadores que os levaram a uma maior aceitação e compreensão da doença.

Competência III

F3 - Ajuda a pessoa, ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade, a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias.

Segundo a OE (2010) é descrita como a sistematização, análise de dados, determinação do diagnóstico de saúde mental e identificação dos resultados esperados, recorrendo à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica. Esta metodologia requer que o EESMP desenvolva esta competência, uma vez que identifica os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família/cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental e no âmbito da Ansiedade/ Depressão e Resiliência.

O EESMP, desenvolve um processo de relação de ajuda da pessoa com crises de ansiedade e depressão, com vista à recuperação, da sua autonomia.

Assim, e dando continuidade ao estabelecimento de diagnósticos de saúde mental da pessoa, família, grupos e comunidade, foi possível desenvolver competências de planeamento, implementação e identificação/avaliação de resultados esperados com a implementação do projeto de saúde discutido e apresentado.

Para esse fim foi utilizada a taxonomia CIPE, onde foi elaborado um guião documental, para que mais facilmente se pudesse elaborar e implementar um plano de cuidados individualizado, de acordo com as necessidades, baseando-nos nos diagnósticos de enfermagem estabelecidos e resultados esperados.

A finalidade da intervenção em grupo, para os familiares e cuidadores, é a de ajudar os membros a lidarem com acontecimentos desgastantes da vida e ajudá-los a crescer e a evoluir, de forma a lidarem, o melhor possível, com a situação do seu familiar.

O grupo apoia o cuidador a lidar e a assumir a difícil tarefa de “*cuidar*” de um familiar com ansiedade ou depressão, embora os grupos de apoio possam atuar em outras áreas (como no apoio ao cuidador da pessoa com demência).

Os membros do grupo, partilham experiências entre si, trocam conhecimentos úteis e experiências de vida, que os ajudam a ultrapassar a sobrecarga de cuidar.

É importante o apoio a dar-se às famílias que são confrontadas com perturbação de ansiedade e depressão, uma vez que estas dificilmente conseguem, ultrapassar esta fase sem ajuda.

Nesta competência, o facto de ser interlocutora no “programa de toma assistida de Metadona”, permitiu-nos realizar os encaminhamentos necessário, de acordo com as solicitações dos vários indivíduos com problemas de adição.

Competência IV

F4 - Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socio terapêuticos, psicossocial e psicoeducacional à pessoa, ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

A OE (2010), preconiza ainda que: A implementação das intervenções identificadas no plano de cuidados, de modo a ajudar o cliente a alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja e/ou a adaptar e a integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida, mobiliza cuidados de âmbito psicoterapêutico. Estas intervenções têm como objetivo, segundo a OE (2010), ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório. Esta competência envolve as capacidades do enfermeiro para interpretar e individualizar estratégias, através de atividades, tais como: ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, e supervisionar.

O EESMP deve coordenar, desenvolver e implementar programas de psicoeducação e de treino de competências em saúde mental.

O EESMP pretende promover o conhecimento da pessoa com Ansiedade e Depressão, mas também a sua própria compreensão, gerindo com a pessoa os problemas relacionados com a sua vida, de forma a diminuir o risco de incapacidade.

O EESMP deve recorrer a estratégias, que considera necessárias de âmbito psicoterapêutico que permita a recuperação da sua saúde mental e que promova estilos de vida positivos, assim, a motivação para a procura de comportamentos saudáveis, foi desde o início uma prioridade, não só no âmbito da temática do PIS, mas também em outras áreas, nomeadamente em clientes com Diabetes Mellitus, Obesidade, outras.

A consulta de ESMP implementada na UCSP, foca essencialmente esta competência e que foi bastante desenvolvida durante os estágios II e III. Esta consulta, foi implementada baseada nos resultados obtidos no diagnóstico de problemas de saúde mental e na implementação de intervenções devidamente identificadas no plano de cuidados, foi desenvolvido o projeto de intervenção no âmbito de Intervenções Psicoterapêuticas. Criámos, desenvolvemos e implementámos um programa de características psicoterapêuticas, com base no modelo da Teoria de Relações Interpessoais de Hildegard E. Peplau. Com recuso a técnicas psicoterapêuticas e

socioterapêuticas que, auxilia a pessoa na recuperação/manutenção das suas capacidades e a prevenir a incapacidade.

De forma a poder aprofundar, desenvolver e adquirir melhor todas as competências atrás referidas, durante o estágio II, de 56 horas, num serviço de Psiquiatria de um Hospital Central, tive a oportunidade de desenvolver cada uma delas.

Foram aperfeiçoadas técnicas comunicacionais, estratégias relacionais e atitudes, utilizadas na entrevista de ajuda, assim, colaborámos na reunião comunitária com os clientes, presenciamos algumas sessões de reabilitação psicossocial (com base no CIR), onde aprendemos quais os objetivos da reabilitação e como colocar em prática este projeto na comunidade, assim como o apoio às famílias através dos grupos de psicoeducação. Ajudou-nos na organização e planeamento da consulta. Foi um estágio, embora curto mas muito rico em termos de aprendizagens (ao nível das atitudes e saberes) e de evolução profissional e pessoal.

Em resumo, a aprendizagem sobre técnicas psicoterapêuticas foi muito rica; existiu uma grande evolução relativamente aos conhecimentos na investigação científica e de relação de ajuda. Relativamente às técnicas psicoterapêuticas penso que este foi o maior ganho, uma vez que adquirimos a capacidade para planear, implementar e realizar intervenções psicoterapêuticas de acordo com as diferentes situações que surgem.

2 – Como Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Relativamente às competências de mestre em saúde mental e psiquiátrica, na área da relação de ajuda à pessoa com Perturbação de Ansiedade e Depressão, atua, tal como o EESMP, na área clínica em, gestão, formação, investigação.

A frequência do Mestrado em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria, via profissionalizante, tem como objetivo a aquisição de saberes teóricos e práticos especializados em enfermagem saúde mental e psiquiátrica.

Assim, e relativamente às competências de Mestre em ESMP:

1. Demonstra competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem.

a) Realize avaliações exaustivas do indivíduo, das famílias e das comunidades, em situações complexas;

- b) Sintetize e analise criticamente os dados das avaliações para uma tomada de decisão segura;
- c) Diagnostique e gira problemas e condições de saúde;
- d) Prescreva intervenções de enfermagem geral e especializada;
- e) Inicie e coordene a educação de indivíduos, famílias e comunidades para proteger e promover a sua saúde e prevenir doenças;
- f) Referencie e receba referência de doentes e famílias, para assegurar a continuidade dos cuidados;
- g) Avalie a prática para assegurar serviços de saúde profissionais, éticos, equitativos e de qualidade.

(Guia do 1º Semestre do 2º Curso de Mestrado em Saúde Mental e Psiquiatria, 2011:7)

Devido aos quadros autodestrutivos que os indivíduos apresentam, principalmente os afetados com Depressão, é grande a necessidade de uma abertura às famílias de forma a dar-lhes o apoio que as mesmas necessitam, ajudando-as a conviver com familiares que tenha uma perturbação de ansiedade ou depressão.

Sendo a família um sistema, qualquer alteração que exista no sistema vai provocar alterações internas do mesmo, as famílias no seu núcleo devem estar protegidas e ter a capacidade de proteger os elementos do seu grupo.

As famílias são peças chave na recuperação e estabilização das pessoas com perturbação mental, podem ter impacto positivo ou negativo em função da sua compreensão, conhecimento, aptidões e capacidade de dar atenção às pessoas afetadas por transtornos mentais.

Estando a trabalhar na comunidade uma das minhas funções é ajudar as famílias na compreensão e aceitação da doença mental, por esse motivo considero importante a criação de grupos de apoio no sentido de estimular a adesão à medicação, reconhecer os primeiros sinais de recorrência e assegurar a pronta resolução de crises.

Certamente que isso aumentará a eficácia da recuperação, reduzindo a incapacidade social e pessoal.

2. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimento e competência ao longo da vida e em complemento às adquiridas

- a) Identifique os seus próprios recursos pessoais, ajustando as necessidades de formação ao seu próprio projeto pessoal/profissional;
- b) Valorize a auto-formação como componente essencial do desenvolvimento.

(Guia do 1º Semestre do 2º Curso de Mestrado em Saúde Mental e Psiquiatria, 2011:7).

Durante a realização deste trabalho de relatório, sentimos a necessidade de posicionarmo-nos no que diz respeito às questões da Ansiedade e Depressão e a forma como restituir o controlo da própria vida.

Assim, como durante todo o curso para além dos estágios realizados, que forma muito ricos em termos de aprendizagem, a formação em enfermagem não estagna por aqui, dessa forma, foram frequentados cursos (ao nível da psicoeducação) e formações de acordo com a temática e com a área de formação (Saúde Mental e Psiquiatria).

3. Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva

- a) Aplique os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de especialização;
- b) Conheça os conceitos, fundamentos, teorias e factos relacionados com as Ciências de Enfermagem e suas aplicações, nos diferentes campos de intervenção;
- c) Sirva como consultor para outros profissionais de saúde, quando apropriado;
- d) Faça gestão de casos quando aplicável;
- e) Trabalhe em colaboração com entidades ou organizações de saúde pública, profissionais de saúde e outros líderes comunitários relevantes e/ou agências para melhorar a saúde global da comunidade.

(Guia do 1º Semestre do 2º Curso de Mestrado em Saúde Mental e Psiquiatria, 2011:8).

Iniciámos a caminhada com a implementação de intervenções de âmbito psicoterapêutico dirigidas a clientes, com perturbação da ansiedade e sintomatologia depressiva, o ser resiliente perante as adversidades da vida, os conceitos, fundamentos, teorias na área da Enfermagem e suas aplicações, nos diferentes campos de intervenção; serve como consultor para outros profissionais de saúde, quando apropriado; e trabalha em colaboração com a saúde pública, com o objetivo de prevenir a doença mental.

Considero que a implementação da Consulta de Enfermagem em saúde Mental e Psiquiátrica, alertou toda a equipa para a necessidade de intervenção em saúde mental na comunidade. E atualmente, a discussão de casos com a equipa multidisciplinar, inclusivamente com a equipa da UCC, tornou-se numa prática quase “obrigatória”, quando até à pouco tempo era praticamente inexistente.

4. Age no desenvolvimento de tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos.

- a) Seleccione os meios e estratégias mais adequados à resolução de um determinado problema, de forma fundamentada;
- b) Avalie os resultados, em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e da perspectiva das repercussões em sentido ético e deontológico.

(Guia do 1º Semestre do 2º Curso de Mestrado em Saúde Mental e Psiquiatria, 2011:8).

Nunes (2002:8) refere que a profissão de Enfermagem tem: *"uma tripla orientação no que diz respeito ao que realiza em nome do ser humano (ética), em nome da profissão (deontologia) e em nome da sociedade (moral) "*.

Nesta competência, o enfermeiro mestre em saúde mental e psiquiátrica seleciona os meios e estratégias de acordo com a obtenção de uma resolução eficaz para o problema, fundamentando-se, avalia se os resultados podem produzir ganhos em saúde, que sejam sensíveis aos cuidados de enfermagem, em sentido ético e deontológico.

Tomamos decisões com o intuito de conseguirmos um agir que dê resposta às necessidades das pessoas, na tomada de decisões é importante ter noção e presente o sentido da responsabilidade, sabendo que existem fatores como as emoções e o grau de autoconsciência pode afetar essas tomadas de decisões.

É importante ter presente as diretrizes da ética para a investigação em enfermagem, uma vez que o PIS implementado segue estas premissas Beneficência, Avaliação da maleficência, Fidelidade, e Justiça

5. Inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para a prática de enfermagem baseada na evidencia.

- a) Analise, conceba e implemente resultados de investigação e contributos da evidência para a resolução de problemas, com especial ênfase nos que emergem da área dos estudos especializados, considerando os aspetos sociais e éticos relevantes;
 - b) Use capacidades de investigação apropriadas para melhorar e fazer evoluir a prática.
- (*Guia do 1º Semestre do 2º Curso de Mestrado em Saúde Mental e Psiquiatria, 2011:8*).

Para a construção deste PIS, foi realizada uma Pesquisa que se apresenta no Enquadramento Conceitual deste trabalho, essa construção toda ela foi fundamentada na evidência. Consulta as bibliotecas do IPS procurando bibliografia sobre a temática, na ESS. Planeou-se a realização de pesquisa na internet com os termos Desemprego, Ansiedade, Depressão, Resiliência, Aconselhamento/Relação de Ajuda associados a Enfermagem e Nursing em bases de dados como EBSCO, COCHRANE e B-ON.

Um dos meus objetivos é a realização de um trabalho de investigação na comunidade onde trabalho e está relacionado com uma das temáticas tratadas neste relatório, a perturbação da ansiedade. Verifica-se bastante em pessoas jovens (crianças e adolescentes), crises de ansiedade e outras perturbações relacionadas com a ansiedade, é meu desejo tentar procurar a razão deste fato e quais os fatores desencadeantes desta patologia. E a curto prazo, um artigo relativamente à temática do meu PIS - CESMP.

6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em saúde, em geral e em enfermagem, em particular

(*Guia do 1º Semestre do 2º Curso de Mestrado em Saúde Mental e Psiquiatria, 2011:8*).

É cada vez mais importante a prática da supervisão clínica, apetrechando o enfermeiro supervisor um sentido de grande responsabilidade no processo de formação.

A supervisão clínica permite aos enfermeiros ser um vetor de aprendizagem enquanto profissionais, assumindo maior responsabilidade pelos atos realizados. A partilha de experiências e a sua consequente reflexão, permite-nos crescer enquanto profissionais, e consequentemente uma melhoria na prestação de cuidados.

Para Simões (2007), “ o supervisor deve ser perito na área da enfermagem e deve possuir capacidades de análise e avaliação das atividades em contexto prático. Deve também possuir experiência na orientação clínica (...) ”

Em 1996 a United Kingdom Central Council for Nursing descreve a supervisão clínica como: “ (...) *forma de promover a reflexão através da prática, identificar soluções para os problemas, de melhorar a prática e aumentar a compreensão das ações profissionais*”.

O supervisionado tem necessariamente uma reflexão sobre o seu papel enquanto indivíduo e a qualidade da sua prática, isto de forma a permitir que o mesmo consiga alcançar, desenvolver e implementar de forma criativa e com alta qualidade de práticas, para isso deve ser facultado os meios de sustentabilidade para o seu desenvolvimento. Esta reflexão deve ser facilitada por uma pessoa mais experiente que tem perícia para o acompanhamento e, através de sessões frequentes e contínuas, o orienta de acordo com tipo e natureza das situações.

Para Rodrigues et al. (2007), “a supervisão clínica é um importante veículo promotor do desenvolvimento do supervisionado e do supervisor, contribuindo, deste modo, para o crescimento da profissão, embora a supervisão clínica e a sua implementação, se encontra ainda em expansão, independentemente de algumas tensões latentes que ainda persistem”.

O espírito de reflexão, autoconhecimento, inovação e colaboração, deve estar sempre presente nas equipas para fomentar uma melhor prática dos cuidados.

Devo acrescentar que é uma prática usual, e que atualmente está quase implícita diariamente, uma pequena reflexão no final do turno, seja em conjunto com alguns elementos da equipa, ou com alunos (quando estão em estágio), para que haja aprendizagem, e com isso uma melhoria na prática do exercício de enfermagem.

3- Conclusão

O curso de Mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e em particular o estágio permitiu aprofundar conhecimentos e desenvolver competências específicas, inerentes ao título de Enfermeiro Especialista e grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Ao terminar este relatório, penso ter conseguido atingir os objetivos a que me propus inicialmente.

Nos estágios realizados foram desenvolvidas novas competências, atitudes e saberes, que permitiu, atingir os objetivos traçados e ao ser responsável pelo próprio processo de aprendizagem, coloca o nível num outro patamar de conhecimentos, como refere Neves (2005) a aprendizagem ao longo da vida é “toda a atividade de aprendizagem em qualquer momento da vida, com o objetivo de melhorar os conhecimentos, as aptidões e competências, no quadro de uma perspectiva pessoal, cívica, social e/ou relacionada com o emprego”.

Ao aprofundar conhecimentos sobre as várias temáticas que foram referidas ao longo deste relatório, com maior incidência no tema da ansiedade, depressão, resiliência, uma vez que este é foco de trabalho com o cliente na consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, tendo por base nas sessões o aconselhamento/relação de ajuda. Para além dos conhecimentos adquiridos, permitiu ter uma maior “*consciência de si*”.

A ansiedade e a depressão quando se apresentam de forma patológica na pessoa, levam a consequências nefastas para a pessoa/família/cuidador, com implicações sérias a nível psicossocial.

Um dos objetivos da consulta de enfermagem, é o apoiar a pessoa em sofrimento retomar o controlo da sua vida, no sentido de promover o bem-estar e a ausência de doença.

O desenvolvimento das competências levou-nos a realizar uma atitude crítico - reflexiva, enquanto pessoa e profissional, o que nos permitiu valorizar o que anteriormente não fazia, e levou-nos a refletir sobre alguns comportamentos e modificá-los.

Em resultado dessa reflexão (pessoal e profissional), hoje não sou a mesma pessoa que era quando iniciei o curso de mestrado em EEMP, aprendi a olhar para o outro (cliente) de uma forma terapêutica, uma outra forma de “*olhar*” para o cuidar.

A consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica é uma mais-valia para a comunidade, uma vez que vai favorecer a reabilitação bio-psico-social da pessoa no seu ambiente. Ajudar-nos-á na realização de diagnósticos, a intervir precocemente, permitindo a participação do cliente ativamente, em parceria com a família/cuidador, fazendo o envolvimento com a comunidade, conseguindo uma articulação dos diferentes recursos existentes.

Na relação terapêutica construída, irá servir de ponte entre os cuidados de saúde primários e a pessoa/família/cuidador, assim, como para outros suportes sociais que sejam necessários.

No decorrer das consultas, verificou-se que as narrativas de vida constituíram uma ferramenta primordial, para o estabelecimento da relação terapêutica e para conhecer melhor e mais eficazmente o cliente e a sua história, uma vez que todo o conjunto, é importante na sua recuperação.

Ainda aguardamos a autorização para implementação da consulta de enfermagem em saúde mental, que até à data da conclusão deste relatório ainda não se tinha obtido resposta. As consultas estão a ser realizadas, findo o horário de trabalho, porque a solicitação é grande, assim como, o sofrimento da pessoa que pede ajuda.

Ser competente é um complexo processo que se desenvolve ao longo do tempo, pelo que o desenvolvimento de competências vai continuar no meu futuro, porque ainda tenho um longo caminho a percorrer. Com todo este processo sentimo-nos capacitados para trabalhar com autonomia, inseridos numa equipa multidisciplinar, utilizando o processo de enfermagem aos diferentes níveis. Pretendemos continuar a ampliar e aplicar os conhecimentos adquiridos no campo profissional, contribuindo sempre para a melhoria dos cuidados e para uma prática de cuidados pela excelência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 📖 ABREU, W. - *Identidade, formação e trabalho*. Coimbra: Formasau. 2001
- 📖 ABREU, W. - *Supervisão, qualidade e ensinios clínicos: Que parecerias para a excelência em saúde?* 2003. Coimbra: Formasau cadernos sinais vitais nº1
- 📖 AGUDO, V. - *A Transição para a Idade Adulta e os seus Marcos que efeito na Sintomatologia Depressiva?* - Universidade de Lisboa Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação Tese de Mestrado em Psicologia [em linha] http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3086/2/ulfp037654_tm_tese.pdf consultado em [Janeiro 2013];
- 📖 ALARCÃO, I. *et al* – *Percursos de Formação e desenvolvimento Profissional*. Porto: Porto Editora, 1997.
- 📖 ALBUQUERQUE, C; Oliveira, C. – *Características psicológicas associadas à saúde: a importância do autoconceito*. [em linha] Revista Millennium, 26. p. 1-11. 2002. Disponível em: www.ipv.pt/millennium/Millennium26/26_22.htm
- 📖 ALVES, A. e RODRIGUES, N. - *Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental*. Rev. Porto. Sau. Pub. [em linha]. 2010, vol.28, n.2, pp. 127-131. ISSN 0870-9025. [consultado em 16/01/2013]
- 📖 ANAUT, Marie – *A RESILIÊNCIA - Ultrapassar os traumatismos*, 2005, Climepsi Editores PC, ISBN: 978-972-796-143-6
- 📖 BENNER, P. - *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática divina de Enfermagem*. 2001. Coimbra: Quarteto editora

- 📖 BOTELHO, José Rodrigues – *A pedagogia do projecto*. In Enfermagem em Foco: Revista do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. - Ano 4, nº. 14 (Fev. /Abr. 1994), p.35-37
- 📖 CALDAS de ALMEIDA, José M. *et al* - **ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1º RELATÓRIO**. [em linha] EDITOR: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova Lisboa.2013. ISBN: 978-989-98576-0-5
http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf consultado em [Outubro de 2013];
- 📖 CAMPOS, C. – *Perspetivas Futuras do Enfermeiro na Comunidade*, revista do serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando da Fonseca; p. 46-53, 2007, [em linha] http://www.psilogos.com/Revista/vol5N1/Indice8_ficheiros/campo.pdf, em 01/12/2013;
- 📖 CAPLAN, G. - *Princípios de psiquiatria preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar Editores. 1980;
- 📖 CARVALHAL, R. - *Parcerias na formação: papel dos orientadores clínicos perspectiva dos actores*. 2003. Loures: Lusociência;
- 📖 CHALIFOUR, J. - *A Intervenção Terapêutica - Estratégias de intervenção*, 1º Volume. Lusodidata, 2008. ISBN: 978-989-8075-05-5
- 📖 CHALIFOUR, J. – *A Intervenção Terapêutica – Estratégias de Intervenção*, 2º Volume. Lusodidata, 2009. ISBN: 978-989-8075-21-5
- 📖 COLIÈRE, M. - *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 3ª Edição. 1999. Lidel – edições técnicas e sindicato dos enfermeiros portugueses
- 📖 DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011, Regulamento n.º 129/2011, págs. 8669 a 8673;

- 📖 DIÁRIO DA REPÚBLICA - **PLANO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL**.
Diário da Republica n.º 47, 1.ª série, de 08/03/2006, 1395-1409
- 📖 DIAS, M. – ***Construção e Validação de um Inventário de Competência:***
Contributo para a Definição de um Perfil de Competências do enfermeiro com
Grau de Licenciado. Loures. Lusociência. 2006
- 📖 DONABEDIAN, A. - ***The Quality of Care, How Can It Be Assessed?*** -
Archives of Pathology & Laboratory Medicine; Nov. 1997; ProQuest Nursing
Journals, pgs.1145-1150 (referência ao artigo de 1988). [em linha] Disponível
em [http://post.queensu.ca/~hh11/assets/applets/The Quality of Care How Can it
Be Assessed - Donabedian.pdf [Consultado em 30/10/2013];
- 📖 EICHHORST, W.; *et al* - ***Youth Unemployment in Europe: What to Do about
It?***. IZA Policy Paper 65, Institute for the Study of Labor, Bonn. 2013 [em
linha] <http://ftp.iza.org/pp65.pdf> em [Dezembro de 2014];
- 📖 FERNANDES, I. M. R. *et al* – ***Os Comportamentos de Cuidar dos Enfermeiros
na Perspectiva dos Utentes***. Revista Investigação em Enfermagem. Fevereiro
2009. Coimbra. ISSN 0874-7695. Nº 19, págs. 39 a 52.
- 📖 FERREIRA, Mónica A. G. – ***Cuidar em enfermagem: Percepção dos utentes***.
Revista da Faculdade de Ciências da Saúde. Porto: Edições Universidade
Fernando Pessoa. ISSN 1646-0480. Vol.6 (2009), p.358-366.
- 📖 FERRITO, Cândida; NUNES, Lucília e RUIVO, Maria Alice. ***Metodologia de
projeto: Coletânea descritiva de etapas***. Revista Percursos. 15, 2010, Vols.
Janeiro-Março, Publicação da área disciplinar de enfermagem.
- 📖 FREUD, S. – ***Repetir, recordar e elaborar***. Trad. J.O.A. Abreu. V. XII. Rio de
Janeiro: Imago, 1969

- 📖 GASPAR, Elsa - *Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em Contexto Domiciliário*. Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Lisboa, 2011 [em linha] <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8894/1/Elsa%20Maria%20Martins%20Gaspar.pdf> consultado em [Novembro 2013];
- 📖 GOMES, B. P.; MENDES, M. A. – *A Interface entre a Qualidade em Saúde e a Satisfação do Utente*. Servir. Lisboa. ISSN 0871-2379. Vol.56, nº1 (Janeiro/Fevereiro 2008), p.6-14
- 📖 GONÇALVES, Carlos M.- *Evoluções Recentes do Desemprego em Portugal*, Revista Científica Nacional, Faculdade de Letras da Universidade do Porto, (2005) Nº15, 125-164. [em linha] <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7767/2/3723.pdf>, consultado em [dezembro 2014];
- 📖 **Guia do Curso** - 2º Mestrado em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria - 1º Semestre. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal. Ano Letivo 2011/2012;
- 📖 GRAZIANI, Pierluigi – *Ansiedade e Perturbações da Ansiedade*. Climepsi Editores. 1ª Edição, 2005. ISBN: 972-796-155-X;
- 📖 HESBEEN, Walter. *Trabalho de Fim de Curso, Trabalho de Humanidade - Emergir como autor do seu próprio pensamento*. S.l.: Lusodidata, 2006. ISBN 978-972-8930-31-3.
- 📖 **INE** – Dados fornecidos sobre do desemprego - <http://www.iefp.pt/estatisticas/MercadoEmprego/ConcelhosEstatisticasMensais/Paginas/Home.aspx>

- 📖 INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN), *CIPE Versão 1.0 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*, Versão oficial em Português, 2005, ISBN: 92-95040-36-8
- 📖 JOHODA – The impact of Unemployment in 1930s and the 1970s. Bulletin of the British Psychological Society, 32 (1979)
- 📖 KATONA, Cornelius; ROBERTSON, Mary – *Compêndio de Psiquiatria*. Instituto Piaget, 2005, 1ª Edição. ISBN: 978-989-659-000-0
- 📖 LEAL, Isabel – *Iniciação às Psicoterapias*. Fim de Século edições. Lisboa. 2005. ISBN 972-754-243-3
- 📖 LE BOTERF, G. *De la compétence – essai sur un attracteur étrange*. Les Editions de l'organisation. Paris. 1994.
- 📖 LE BOTERF, G. *Construire la compétence collective de l'entreprise*. Gestion, 22, nº3, Automne. 1997.
- 📖 LOPES, Joaquim. *O Aconselhamento como cuidado de enfermagem numa equipa de tratamento*. Revista Toxicodependências. IDT, 2010, Vol. 16. www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Artigos%20Ficheiros/2010/1/Text6Vol16_n1E.pdf [em linha]
- 📖 MIRANDA, Luísa M. – *Satisfação de Utentes de Psicologia Clínica ou Psicoterapia e Bem-estar Subjetivo: A Construção do Questionário de Avaliação da Satisfação (ASPP)*, ISPA, 2012
- 📖 MCWHINNEY, Ian R. – *Manual de medicina de família e comunidade*, 3ª edição, edições: Artmed; 2010; ISBN: 9788536321257
- 📖 MÃO DE FERRO, António – *Na Rota da Pedagogia*. Lisboa: Edições Colibri, 1999. ISBN: 972-772-069-2

- 📖 MATOS, E.T. – *A Colaboração Escola – Serviços*. Nursing. Ano 10, Nº 114 1997
- 📖 MARCOS, L. - *Superar a Adversidade - O poder da Resiliência*. Lisboa. Edições Planeta, 2011. ISBN: 978-989-657-144-3
- 📖 MARTIN, C. – *Soigner pour apprendre-acquérir un savoir infirmier*. Paris: LEP, 1991
- 📖 NEVES, A. (Org.) *Estudo de avaliação das políticas de aprendizagem ao longo da vida*. Lisboa: DGEEP. 2005.
- 📖 OMS, http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/resource/depression_q3.pdf [consultado em 30/10/2013]
- 📖 OLIVEIRA, Alina - Instituto do Emprego e Formação Profissional - in http://www.iefp.pt/iefp/publicacoes/Dirigir/Documents/2010/DIRIGIR_111_SEPARATA.pdf em 12/03/2013
- 📖 OLIVERA, S. *et al.* - *Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura*, Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, Jan-Fev. 2012; 155-161
- 📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Código deontológico do enfermeiro*- Anotações e comentários. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003
- 📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Divulgar. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001. 16p
- 📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Os enfermeiros e...O Emporwment em saúde. Responsabilidade e Saúde: entre o direito e o dever*. [em linha] Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeirosEOEmpowermentemSaude.aspx> Ano 2009;

📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental*. [em linha] Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_ aprovadoAG20Nov2010.pdf Ano 2010;

📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 1998;

📖 ORDEM DOS PSICÓLOGOS PORTUGUESES - *Evidência Científica sobre Custo-Efetividade de Intervenções Psicológicas em Cuidados de Saúde*. [em linha] Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2011, https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/1_evidencia_cientifica_sobre_custo_efetividade_de_intervencao_psicologicas_em_cuidados_de_saude.pdf, consultado a [13 de Outubro de 2013];

📖 ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO - *A crise do emprego jovem: tempo de agir*. Conferência Internacional do Trabalho, 2012. Relatório V, 1-128. [em linha] http://www.ilo.org/public/portuguese/region/eurpro/lisbon/pdf/relatorio_emploi_jovem_2012.pdf consultado em [Dezembro 2014];

📖 PATTERSON, L., & EISENBERG, S. - *O processo de aconselhamento*. São Paulo: Martins Fontes. 1988

📖 PHANEUF, M. - *Comunicação, entrevista na relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência. 2005.

📖 RISPAIL, D. - *Conhecer-se Melhor para Melhor Cuidar: Uma Abordagem do Desenvolvimento Pessoal em Cuidados de Enfermagem*. Loures. Edições Lusociência. 2003. ISBN: 972-8383-42-8

- 📖 RODRIGUES, A. *et al* (2007). ***Processos de formação na e para a prática de cuidados***. Loures: Lusociência.
- 📖 SÁ, V. – ***O Desemprego Jovem em Portugal***. Trabalho de Projeto de Mestrado em Economia, na especialidade de Economia Financeira, apresentado à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Janeiro de 2014 [em linha] <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/25429/1/O%20Desemprego%20Jovem%20em%20Portugal.pdf> consultado em [Dezembro 2014];
- 📖 SERRANO, M^a - ***Desenvolvimento de Competências dos Enfermeiros em Contexto de Trabalho***. Universidade de Aveiro. 2008 Departamento Didático e de Tecnologia Educativa;
- 📖 SILVA, M. *et al* - ***Resiliência E Promoção Da Saúde*** - Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2005; pág. 95-102
- 📖 SOARES, Ana *et al* – ***Refletindo sobre o relatório crítico de atividades***. Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196.10:117,Dezembro 1997, págs. 35-38
- 📖 TAVARES, J. – ***Uma Sociedade que Aprende e se Desenvolve: Relações Interpessoais***. Porto: Porto Editora, 1996
- 📖 TOMEY, Ann; ALLIGOOD, Martha – ***Teóricas de Enfermagem e a sua Obra*** – Modelos e teorias de Enfermagem. Lusociência, 2004, 5^a edição. ISBN: 972-8383-74-6
- 📖 TRINDADE, Isabel; TEIXEIRA, José - ***Aconselhamento psicológico em contextos de saúde e doença - Intervenção privilegiada em psicologia da saúde***. Análise Psicológica, 2000. Págs. 03-14

📖 VASCONCELOS, Eduardo – *Receba bem o Estagiário*. Formar. N°7 (Agos./Set./Out. 1992)

📖 VERÍSSIMO, Ramiro – *ERIK ERIKSON, Desenvolvimento Psicossocial*, [em linha] in <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9133/2/1761.pdf>, em 27/11/2012

📖 YUNES, M. - *PSICOLOGIA POSITIVA E RESILIÊNCIA: O FOCO NO INDIVÍDUO E NA FAMÍLIA*, [em linha] Psicologia em Estudo, Maringá, v. 8, num. Esp., p. 75-84, 2003 <http://www.scielo.br/pdf/pe/v8nspe/v8nesa10.pdf> em 13/03/2013

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – (Proposta Artigo)

***Consulta de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria
nos Cuidados de Saúde Primários***

Consulta de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria nos Cuidados de Saúde Primários

Joaquim Lopes¹

Helena Guerreiro²

RESUMO

O aumento das perturbações mentais é preocupante, uma vez que estas resultam em graves limitações, sendo algumas irreversíveis. O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP) nos cuidados de saúde primários, tem um papel relevante nesta área de atuação e deve desenvolver competências no sentido de favorecer a promoção da saúde mental, prevenção, diagnóstico, intervenção e reabilitação bio-psico-social da pessoa e o seu ambiente. A implementação da Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na UCSP, visa dar resposta às necessidades em saúde mental, que se verifica nesta comunidade. Trabalhar a Resiliência, na consulta de enfermagem, ajuda a pessoa a readquirir ferramentas necessárias, para que consiga enfrentar com sucesso os desafios e as situações que se lhe apresentam.

PALAVRAS-CHAVE: *Consulta de Enfermagem; Enfermeiro Especialista Saúde Mental e Psiquiatria; Resiliência; Cuidados de Saúde Primários*

ABSTRACT

The increasing of mental disrupts is worrying, since these ones cause serious limitations, some being irreversible. The nurse specialist in Mental Health Psychiatry on primary healthcare has a relevant role in this action zone and must develop skills in a way to support the fomentation of mental health, prevention, diagnose, intervention e bio-psycho-social rehabilitation of the individual and his environment. The implementation of the UCSP Mental Health and Psychiatry consults is focused in giving an answer to the mental health, whose are seen in this community. Working the resilience in the nurse consult is helping people to recover the tools needed so that they can face with success the challenges and situations introduced to them.

Keywords: *Nursing Consultation; Nurse Specialist Psychiatry and Mental Health; Resilience; Primary Health Care.*

¹ Enfermeiro, Doutoramento em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

² Enfermeira, Mestranda do 2º Curso de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

INTRODUÇÃO

A área da saúde mental é uma das prioridades em saúde pública, sendo uma das diretrizes da Organização Mundial de saúde (OMS), em que os cuidados de saúde primários (CSP), estas devem garantir a aplicação da prevenção, tratamento, e a reabilitação em saúde mental.

Os problemas de saúde mental são uma das principais causas de morbilidade nas sociedades atuais, com subsequentes limitações. Apóstolo, J. *et al* (2011)

Para Almeida *et al* (2008:22) *“Incluir a saúde Mental na agenda da saúde Pública e assegurar a todas as populações o acesso a serviços de Saúde Mental modernos e de qualidade tornou-se, assim, nos dias de hoje, um objetivo inadiável em todo o mundo”*.

A Enfermagem de Saúde Mental (ESM), segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010), foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental.

Ainda, a OE (2010:1), *“os cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”*.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP) nos cuidados de saúde primários, tem um papel relevante nesta área de atuação e deve desenvolver competências no sentido de favorecer a promoção e proteção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e reabilitação bio-psico-social da pessoa e o seu ambiente.

De acordo com a competência dos enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria, e como está regulamentado, a consulta de enfermagem a implementar assenta essencialmente, na competência IV (F4), (...) *“o enfermeiro, presta cuidados de âmbito*

psicoterapêutico, socio terapêuticos, psicossocial e psicoeducacional à pessoa, ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (...). OE (2010:7)

O EESMP deve coordenar, desenvolver e implementar programas de psicoeducação e de treino de competências em saúde mental e, pretende promover o conhecimento da pessoa com Ansiedade e Depressão, mas também a sua própria compreensão, gerindo com a pessoa os problemas relacionados com a sua vida, de forma a diminuir o risco de incapacidade.

Ao desenvolver intervenções de âmbito psicoterapêutico, o EESMP deve adequar a sua intervenção às necessidades da pessoa.

As intervenções, não são adequadas a todas as pessoas, pelo que o EESMP deverá recorrer a estratégias, que considera necessárias, a que permitirá a recuperação da sua saúde mental e que promovam estilos de vida positivos.

A consulta de ESMP que se pretende implementar na UCSP, foca essencialmente esta competência, no sentido de motivar a pessoa na procura de comportamentos saudáveis.

Assim, a consulta de enfermagem, contribui para a melhoria dos cuidados, favorece a elaboração de diagnósticos e intervenções compatíveis com a realidade do cliente e necessárias para a resolução dos problemas de enfermagem identificados, conferindo igualmente para uma maior visibilidade da profissão. Tal como, a sua importância no apoio ao cliente, o enfermeiro deve-se preocupar com a implementação de práticas que ofereçam condições seguras e de qualidade para o desempenho de suas atividades.

Durante a consulta, pretende-se que a pessoa redescubra a sua resiliência.

Para Silva, M. *et al* (2005:97) (...) *“resiliência é a capacidade de um ser humano (indivíduo, família ou mesmo uma comunidade) de construir uma trajetória*

de vida positiva/saudável, apesar de viver num contexto adverso. Trata-se de um fenómeno complexo e dinâmico que se constrói de forma gradual, a partir das interações vivenciadas pelo ser humano e seu ambiente, as quais podem promover a capacidade de enfrentar com sucesso situações que representam ameaça ao seu bem-estar.” (...)

A Resiliência humana é um atributo natural universal de sobrevivência que é composto por aspetos biológicos, psicológicos e sociais.

Consideramos, por isso que resiliência não implica a anulação ou eliminação da situação de risco, mas a forma como a pessoa enfrenta com sucesso os desafios e as situações que se lhe apresentam.

Nas fases de crise, e como refere Slade (2011:51), "*(...) a recuperação em momentos de crise (...), (...) a abordagem orientada para a recuperação pessoal perante a crise pretende: - Prevenir crises desnecessárias; - Minimizar a perda de responsabilidade pessoal durante o período da crise; Apoiar a identidade durante e depois da crise (...)*".

Como defendem Oliveira, S. et al (2012), os guias de consulta são importantes para a organização da consulta de enfermagem, uma vez que, abordam o foco do problema do cliente, impedindo dessa forma lacunas importantes quando se elabora o plano de cuidados.

Ainda dos mesmos autores, vários estudos mostraram que os clientes consideram que a consulta de enfermagem é diferente da consulta médica, pois favorece uma relação mais próxima e individual; denominada por comunicação terapêutica; - o enfermeiro proporciona ao cliente uma participação ativa, permitindo uma prestação de cuidados de enfermagem individualizada; - os clientes e cuidadores procuram a consulta de enfermagem para orientação da prática do autocuidado; - na saúde comunitária o enfermeiro possui um papel importante como mediador entre a comunidade e o sistema de saúde.

O desespero, a solidão, o "peso" da consciência e a falta de esperança no futuro não pertencem a nenhum estrato social específica. O sofrimento, a dor mental não é visível a olho nu, e ninguém tem que passar por esta fase sozinho.

Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

A implementação da consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na UCSP, visa dar resposta às necessidades em saúde mental, que se verifica na comunidade.

Constituindo um conjunto de ações diferenciadas e inter-relacionadas, que possibilitaram a avaliação de problemas de saúde, determinando as intervenções necessárias com vista à sua resolução, adaptação ou minimização, tal como descrito pela OE "*as intervenções do EESM (Enfermeiro Especialista em Saúde Mental) visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, auto cuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, etc.), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família*" Ordem dos Enfermeiros (2009).

Em Maio de 2013 (integrado no estágio do curso de mestrado em enfermagem em saúde mental), iniciei o acompanhamento de um grupo de 5 pessoas, em que 3 foram encaminhadas por crises de ansiedade, 2 com sintomatologia depressiva, 2 dos clientes desempregados. Iniciou-se o programa com consultas regulares de 15 em 15 dias.

O instrumento utilizado foi a Entrevista.

Os clientes foram referenciados pela equipa de enfermagem de SAP e uma médica especialista em Medicina de Saúde Familiar.

Na operacionalização da consulta foi importante, em minha opinião, a sistematização da colheita de dados, através do documento criado para esse efeito, Instrumento de Avaliação Inicial, concretizado na criação de um Guia de Apoio à Consulta, elaboração do Padrão Documental para que pudesse elaborar o Plano de Cuidados de acordo com taxonomia CIPE.

A realização da Avaliação Inicial e os Registos de Enfermagem serão introduzidos através do sistema de informatização SAPE, para que o processo do cliente fique registado adequadamente, para facilitar a sua consulta, para não existir perigo de perda do processo, para proteção de dados, para posteriormente serem retirados indicadores de saúde.

Baseando-nos no Modelo de Recuperação Pessoal de Slade, pretende-se que o cliente realize o seu próprio percurso para sua recuperação pessoal (*Recovery*), todo este processo é um processo individual, logo, varia de pessoa para pessoa, segundo Slade (2011).

Utilizando este modelo como base, será objetivo da consulta ESMP a Promoção de Esperança; Apoiar no Desenvolvimento do *Empowerment*; Apoiar no Desenvolvimento da Motivação, de forma a trabalhar e desenvolver a Resiliência do cliente. Sendo, a estrutura da consulta baseada nas quatro fases do Processo Interpessoal que Peplau.

Em suma, o que se pretende na consulta é ajudar o cliente a aprender ou reaprender, a escutar os seus processos internos do organismo e, a expressar-se livremente. Permitindo desta forma, que a pessoa vá buscar ao ambiente os recursos de que necessita, respeitando as regras que o orientam.

População Alvo

Qualquer pessoa com idade superior a 16 anos, residente no concelho de X, com necessidade de ajuda, com perturbação mental que recorra ao Serviço de Atendimento Permanente (SAP) ou médico de família

com Crises de Ansiedade/Ataques de Pânico ou Sintomatologia Depressiva.

A estratégia de Intervenção da consulta, está relacionada com os objetivos a atingir com esse cliente que procura ajuda. Pode ser em função direta quer do contexto, quer do cliente, quer do terapeuta, desenhando-se uma estratégia de intervenção, como explica Isabel Leal (2005). Por isso, de acordo com o caso e natureza da problemática, o acompanhamento será de curta, média ou longa duração. E a terapia utilizada, poderá ser Terapia comportamental ou outra de acordo com a situação.

A consulta dura em média 30-45 min. No entanto, esta duração pode variar tendo em conta a abordagem terapêutica empregue.

No início do programa de ajuda terapêutica, é discutido o contrato terapêutico, baseada na problemática vivenciada pelo cliente. Este contrato, discutido com o cliente, serve:

- Divulgar os objetivos a atingir de forma clara e mante-los sempre presentes, para que não haja desvios na terapia a realizar;

- Estabelecer as regras da consulta (periodicidade das sessões, tempo previsto do término do programa, podendo ou não posteriormente ser alargado, de acordo com as necessidades).

Cada caso é único, respeitando a individualidade de cada um, personalizando a consulta de forma eficaz. Durante o tempo que o cliente se encontra em terapia, periodicamente são avaliados os progressos e os objetivos atingidos, caso se justifique serão elaborados novos objetivos.

Aspetos Deontológicos

Em todo o processo são respeitados os direitos da pessoa humana, e respeitado o Código Deontológico, estabelecido para a profissão de enfermagem, de

acordo com Diário da República, 1.^a série — N.º 180 — 16 de Setembro de 2009, SECÇÃO II

Do código deontológico do enfermeiro págs. 6547-6549.

Avaliação da consulta

A opinião do cliente sobre a consulta ESMP, é de extrema importância, uma vez que é o cliente quem faz a avaliação dos cuidados que lhe são prestados, a sua opinião implica ou não uma evolução e melhoria dos cuidados prestados.

Considerado um indicador da qualidade e produtividade em enfermagem na componente resultados, a Satisfação, *“é um ganho em saúde sensível aos cuidados de enfermagem, pelo facto de esta resultar de uma evolução positiva ou modificação operada no estado de diagnóstico de enfermagem após as intervenções”* Ordem dos Enfermeiros (2005:6).

Para além do modelo teórico de Donabedian, foram também consultados outros já existentes, assim como, revisão da literatura, em que fazem uma avaliação dos cuidados prestados e do grau de satisfação dos clientes, na construção desse instrumento foi também tido em conta os objetivos estabelecidos para a consulta.

Assim, o instrumento criado, obedeceu a tríade:

- a) **Estrutura** - os atributos dos contextos em que a prestação de cuidados de saúde mental ocorre (acessibilidade, disponibilidade de serviços, custos, aspetos burocráticos, tempo de espera, quantidade, frequência e duração de serviço, adequação dos serviços recebidos de acordo com as necessidades do cliente ou família e estruturas físicas do meio envolvente);
- b) **Processo** - o que está efetivamente feito na prestação de serviços em cuidados de saúde mental (prestação de cuidados com respeito e suporte, competência, cooperação entre o enfermeira e utente, continuidade e coordenação da prestação de

cuidados, informação e quantidade de informação fornecida pelo enfermeira);

- c) **Resultado** - os efeitos da prestação de serviços em cuidados de saúde mental no cliente, pode ser entendido como a eficácia e efetividade do serviço.

Donabedian (1988)

Após a recolha procedeu-se à análise dos resultados obtidos dos 8 clientes, em consulta.

Verificou-se que os clientes acompanhados em consulta de ESMP, manifestam elevado grau de satisfação, o que significa que na maioria das proposições a opção de resposta variou entre o Satisfeito (a) e Muito Satisfeito (a). É de salientar que apenas houve uma resposta na proposição do Insatisfeito (a), referente ao espaço físico e ergonómico da consulta.

Na proposição de recomendação da consulta, as respostas foram de 100%, segundo os dados de avaliação todos os que responderam ao questionário recomendariam a consulta, o que revela o enorme grau de satisfação e o desejo da continuidade de mesma.

Considerações Finais

A consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica é uma mais-valia para a comunidade, uma vez que vai favorecer a reabilitação bio-psico-social da pessoa no seu ambiente. Ajudar-me-á na realização de diagnósticos, a intervir precocemente, permitindo a participação do cliente ativamente, em parceria com a família/cuidador, fazendo o envolvimento com a comunidade, conseguindo uma articulação dos diferentes recursos existentes.

Na relação terapêutica construída, irá servir de ponte entre os cuidados de saúde primários e a pessoa/família/cuidador, assim, como para outros suportes sociais que sejam necessários.

No decorrer das consultas, verifiquei que as narrativas de vida constituíram uma ferramenta

primordial, para o estabelecimento da relação terapêutica e para conhecer melhor e mais eficazmente o cliente e a sua história, uma vez que todo o conjunto, é importante na sua recuperação.

O enfermeiro é uma peça fundamental na identificação precoce das possíveis situações de problemas mentais e para a desmistificação de todos os preconceitos ainda existentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ALMEIDA, J. *et al.* – **RELATÓRIO – Proposta de Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007/2016.**- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. Lisboa. Ministério da Saúde. 2008. Disponível em [http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/AC8E136F-50E4-44F0-817F-](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/AC8E136F-50E4-44F0-817F-879187BD2915/0/relatorioplanoaccaoservicossaudemental.pdf)

[879187BD2915/0/relatorioplanoaccaoservicossaudemental.pdf](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/AC8E136F-50E4-44F0-817F-879187BD2915/0/relatorioplanoaccaoservicossaudemental.pdf) [Consultado on-line 19/04/2013]

APÓSTOLO, J. *et al.* - **Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde.** Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. Mar-abr. 2011 Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_17.pdf [Consultado a:11/11/2013];

DONABEDIAN, A. - **The Quality of Care, How Can It Be Assessed?** - Archives of Pathology & Laboratory Medicine; Nov. 1997; ProQuest Nursing Journals, pgs.1145-1150 (referência ao artigo de 1988). Disponível em <http://post.queensu.ca/hh11/assets/applets/The%20Quality%20of%20Care%20How%20Can%20it%20Be%20Assessed%20-%20Donabedian.pdf> [Consultado a 30/11/2013];

GASPAR, Elsa - **Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em Contexto Domiciliário.** Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica

Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Lisboa, 2011, Disponível em:

<http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8894/1/Elsa%20Maria%20Martins%20Gaspar.pdf>;

Guia do Curso - 2º Mestrado em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria - 1º Semestre. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal. Ano Letivo 2011/2012;

LEAL, Isabel – **Iniciação às Psicoterapias.** Fim de Século edições. Lisboa. 2005. ISBN 972-754-243-3;

OLIVERA, S. *et al.* - **Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura,** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, Jan-Fev. 2012; 155-161. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/23.pdf> [Consultado a 20/06/2013);


ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Código deontológico do enfermeiro-** Anotações e comentários. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003;

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Os enfermeiros e...O Empowerment em saúde. Responsabilidade e Saúde: entre o direito e o dever.** Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoeres/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeirosEOEmpowermentemSaude.aspx> Ano 2009;

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental.** Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documentos/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documentos/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental%20aprovadoAG20Nov2010.pdf) Ano 2010;

SLADE, M. -**100 Modos de Apoiar a Recuperação Pessoal: Um Guia para Profissionais**

de Saúde Mental. Coordenação nacional para a Saúde Mental. Lisboa. 2011. Disponível em http://www.saudemental.pt/wp-content/uploads/2012/02/100Modos_Versa%CC%83oFinal.pdf [Consultado on-line 19/04/2013];

 SILVA, M. *et al* - **Resiliência E Promoção Da Saúde** - Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2005; pág. 95-102.

